



Universitetet
i Stavanger

Master i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv

"Hei, så fin du er, vil du ha litt saft"?

Utviklingstrend i barnefaglig arbeid

MHSMAS-2

Kull 2009 - 2011

Juni 2011

Brit Sissel Dragsund Fagerjord

Universitetet i Stavanger

Institutt for helsefag

Veileder: Dosent Rita Sommerseth

MASTERSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(vår/høst – årstall)

Vår 2011

FORFATTER: Brit Sissel D. Fagerjord

VEILEDER: Dosent Rita Sommerseth

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: “Hei, så fin du er, vil du ha litt saft”?

Utviklingstrend i barnefaglig arbeid

Engelsk tittel: “Hey, you look so nice, do you want some lemonade”?

Development trend in the work for children

EMNEORD/STIKKORD:

Barn, pårørende, psykisk helse, mestring, kompetanseutvikling

ANTALL SIDER: 105 sider

STAVANGER, 21. juni 2011

DATO/ÅR

spurte noen noen ganger hennes barn
om hvordan det var
å leve sammen med en trist mor
å leve med en mor full av angst
som måtte stenge verden ute
under angstens favntak
og ingen kunne nå inn
spurte noen noen ganger hennes barn
om hvordan det var å leve med en mor med bulimia
som ikke kunne snakkes til som ikke måtte forstyrres
når hun var i matens makt
spurte noen noen ganger hennes barn
om hvordan de følte det
der de satt alene på kjøkkenet
hørte henne kaste opp maten
de nylig hadde inntatt
under felles måltid
med stearinlys på kjøkkenbordet
hva følte hennes barn når hun i
depresjonens bølgedal ikke orket
når hun lå på sofaen, måtte sove
når tårer, kjefting, mas og skrik
var lydene som hørtes i heimen
spurte noen noen ganger hennes barn
hva de følte da de for første gang
så hennes selvpåførte
brennmerker og arr
etter kniver og varme oppover armene
ingen spurte
morens skam, skyld og sinne
vokste proporsjonalt
med at ingen så hennes barn

jeg er barnas mor

målfrid frahm jensen
"spor i menneskeland" (2001)

FORORD

Denne oppgaven markerer slutten på min “Mastergradutdanning i Brukermedvirkning” ved Universitetet i Stavanger. Hensikten med studien har vært å se på barneansvarliges erfaringer av mestring etter at de gjennomgikk kompetanseheving i et pilotprosjekt ved et psykiatrisk sykehus. Jeg deltok selv i pilotprosjektet, og ble imponert over arbeidet som ble nedlagt for at vi som barneansvarlige skulle bli ressurspersoner innen temaet “barn som pårørende”. Jeg gikk inn i arbeidet med stor grad av nysgjerrighet og interesse.

Arbeidet med masteroppgaven har vært både spennende og utfordrende. Det har vært spennende fordi jeg har hatt mulighet til å fordype meg i et tema som engasjerer meg. Jeg har fått økt kunnskap, både om meg selv og faget. Jeg håper at min egen kompetanseheving innen feltet “barn av psykisk syke foreldre” kan gjøre meg til en bedre barneansvarlig ressursperson i møte med barn/foreldre i mitt daglige arbeid ved akutt mottaksavdeling. Barn som pårørende har vært en “usynlig” gruppe i voksenpsykiatrien som er i ferd med å bli synlig. Jeg håper denne studien skal bidra til å sette økt fokus på denne sårbare gruppen.

Det har vært en lang og noe krevende vei fram til en ferdig oppgave. Å være masterstudent kombinert med fulltidsstilling og familie har vært travel. Det har ikke alltid vært like enkelt å prioritere hvilken oppgave som har vært viktigst. Likevel ser jeg at studiet har vært gjennomførbart, og jeg har lært mye, både faglig og om meg selv i denne prosessen.

Jeg vil takke alle som har deltatt for at denne oppgaven har blitt ferdig. En stor takk til min veileder Dosent Rita Sommerseth, som alltid har vært godt forberedt og kommet med nyttige innspill i arbeidet. Videre vil jeg rette en takk til sykehuset ved klinikkdirektør for tillatelse til å gjennomføre studien, og til prosjektleder for tilgang til informanter. En stor takk til mine tre flotte informanter; jeg kommer alltid til å huske dere som engasjerte barneansvarlige! Takk til min familie, - Viggo, Håkon, Andreas og Isak, som har vært utholdende, tålmodige og vennlige når jeg har vært mer eller mindre tilgjengelig.

Stavanger, juni 2011

Brit Sissel Dragsund Fagerjord

SAMMENDRAG

Masteroppgaven er en kvalitativ studie som har vært inspirert av en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Studiens empiri er barneansvarliges erfaringer av mestring i møte med barn og foreldre på et psykiatrisk sykehus.

Barn som pårørende var tidligere en gruppe en ikke tok særlig hensyn til i psykiatriske akuttavdelinger. Regjeringen har pålagt spesialisthelsetjenesten å legge forholdene til rette for at barn av psykisk syke foreldre skal få tilbud om samtale med barneansvarlige for å forebygge sykdom hos disse barna. Informantene deltok i et pilotprosjekt hvor hensikten var kompetanseheving av helsepersonell, og temaet var barn som pårørende. Deres erfaringer ble formidlet til meg gjennom intervju.

Resultatene i studien viste at det var en trend i psykisk helsevern mot en større forståelse av barnas behov. Et viktig resultat var at informantene var ildsjeler og hadde praktisert som barneansvarlige før lovbestemmelsene kom. Likevel opplevde de at pilotprosjektet ga dem økt kompetanse og personlig vekst. Informantene hevdet at det var viktig å ha et barneperspektiv hvor barnets erfaringer av foreldres sykdom ble satt i fokus. De var viktige kunnskapsformidlere i avdelingen når det gjaldt forståelsen av barnas situasjon. Likevel opplevde de at annet helsepersonell ikke hadde barnesamtaler på tross av opplæringen de hadde fått. Dermed var det svikt i barnefokusert arbeid når den barneansvarlige ikke var til stede. Dette vitner om at arbeidet enda ikke er tilstrekkelig forankret på alle avdelinger.

Hensikten med studien er å gi nyttige innspill med overføringsverdi til barnefaglig arbeid i spesialisthelsetjenesten.

Søkeord: barn, pårørende, psykisk helse, mestring, kompetanseutvikling.

SUMMARY

This master thesis is a qualitative study inspired by a phenomenological hermeneutic approach. The study's empirical data are the "children responsables'" experiences of coping in the interactions with children and parents in a psychiatric hospital.

Children as dependents were previously a group one did not give much attention to in acute psychiatric wards. The government has imposed the specialist health services to pave the way to offer children of mentally ill parents a conversation with "children responsables" to prevent illness among these children. The informants participated in a pilot project where the purpose was to build skills for health workers, and the subject was children as dependents. Their experiences have been passed to me through interviews.

The results of the study showed that there was a trend in mental health services towards a greater understanding of the children's needs. An important result was that the informants were idealists and had practiced as "children responsables" before the legislation.

Nevertheless, they experienced that the pilot project gave them increased competence and personal growth. The informants claimed that it was important to have a child perspective in which the child's experiences of parental illness were put into focus. They were important disseminators of knowledge in the department when it came to the understanding of the children's situation. Still, they experienced that other health professionals did not have conversations with the children despite of the knowledge they had received. Thus, there was failure of the child-focused work when the "children responsables" were absent. This testifies that the work is not yet sufficiently anchored in all departments.

The aim of the study is to provide useful input with transfer value back to child-focused work in the specialist health service.

Keywords: children, dependents, mental health, coping, development of competence.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Studiets problemstilling og mål	4
1.2 Avgrensninger	5
1.3 Bakgrunn og tema	6
1.4 Begrepsavklaringer	8
1.5 Min rolle som forsker	10
1.6 Studiens oppbygning	11
2.0 TEORETISK FUNDAMENT	12
2.1 Myndiggjøring og barn som pårørende	12
2.2 Antonovskys “sense of coherence”	14
3.0 RELEVANT FORSKNING OG TEORI	16
3.1 Studier om barn av psykisk syke foreldre	16
3.1.1 Resiliens	18
3.2 Foreldrefunksjon	20
3.2.1 Foreldrefungering ved psykisk sykdom	20
3.3 Personlig kompetanse	22
3.4 Barneansvarlige i organisasjonen	24
3.5 Barneansvarliges kompetansehevingsprogram	25
3.5.1 Kartlegge om pasienten har barn	25
3.5.2 Kartlegge barns behov for informasjon og oppfølging	26
3.5.3 Tiltak – gi informasjon og oppfølging	27

4.0 METODE	29
4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	29
4.1.1 Fenomenologi	29
4.1.2 Hermeneutikk	30
4.2 Utvalg	31
4.3 Innsamling av data	32
4.3.1 Tilgang til feltet og forberedelser	32
4.3.2 Intervjuguide	32
4.3.3 Gjennomføring av intervjuene	33
4.4 Analyse	35
4.4.1 Transkripsjon av intervjuene	36
4.4.2 Analyse av datamaterialet	36
4.5 Gyldighet og pålitelighet	39
4.6 Forskningsetiske vurderinger	40
5.0 RESULTATER	41
5.1 Informantene var allerede ildsjeler når det gjaldt omsorg for barn	42
5.2 Kompetanseopplæring var inspirerende og førte til bedre mestring	45
5.3 Lovbestemmelsene har ført til økt kvalitetssikring av det barneansvarlige arbeidet	48
5.4 Det har vært økt mestring av barne- og foreldresamtalen	51
5.5 Det har vært økt fokus på kunnskapsformidling til helsepersonell	54

6.0 DISKUSJON	57
6.1 Ildsjeler – et tveegget sverd?	58
6.1.1 Kompetanseutvikling	60
6.2 Mestring av barnesamtalen	64
6.3 Kompetansespredning	71
6.4 Forankring i organisasjonen	75
7.0 AVSLUTNING	79
LITTERATURLISTE	80
LOVER, FORSKRIFTER OG OFFENTLIGE DOKUMENTER	88
Vedlegg:	
1. Forespørsel til klinikkdirektør	89
2. Forespørsel om deltakelse i studien	90
3. Samtykkeerklæring	91
4. Godkjenning fra NSD	92
5. Intervjuguide	94
6. Kartleggingsskjema for barn av psykisk syke foreldre	96

1.0 INTRODUKSJON

Organisasjonen "Voksne for Barn" (2008) hevder at det i Norge er omtrent 90 000 barn som vokser opp med foreldre med psykiske problemer, hvor 15 000 barn/unge har en av foreldrene innlagt på psykiatrisk sykehus. Omtrent 200 000 barn/unge lever med foreldre som ruser seg på en slik måte at barna reagerer. I et oppvekst- og levekårsperspektiv er dette barn som er svært sårbare, og på grunn av manglende kartlegging er mørketallene store (Rimehaug et al. 2006; Ot.prp.nr.84 (2008-2009)).

Flere forhold tyder på at spesialisthelsetjenesten tidligere ikke forholdt seg til pasientenes barn. Behandlingen var rettet mot individet med diagnose og symptomer i fokus, og mange av pasientens barn "*usynlige*" for spesialisthelsetjenesten (Aamodt/Aamodt 2005). For noen få ti år siden var det ikke vanlig at sinnslidende bodde sammen med sine barn. Psykiatriens pasienter var i høyere grad kronisk sinnslidende. De tilbrakte store deler av livet på psykiatriske sengeavdelinger, og det ble vanskelig å være foreldre (Glistrup 2004). Leser vi psykiatriske journaler i dag, kan vi finne mange beskrivelser av en barndom preget av forelderens alvorlige psykiske sykdom. Dette bekrefter at psykiatriske pasienter også i denne tiden hadde barn. Barna ble ikke tatt med i behandlingen. Dette kan ses utfra sosiologiske, historiske og kulturelle holdninger på psykisk lidelse.

Som følge av deinstitutionalisering og satsing på lokalsamfunnsbasert rehabilitering, får flere personer med psykiske lidelser ansvar for egne barn (Bergem 2008). Dette fører til nærkontakt mellom barn og foreldre (Mevik/Trymbo 2002; Vik 2002). Flere barn bor permanent hjemme og blir direkte påvirket av foreldre med relativt store psykiske forstyrrelser (Melle/Johansen 2002). Disse barna har høyere risiko for utviklingsforstyrrelser, sykdom og redusert livskvalitet (Kufås et al. 2001; Vik 2002; Grøholt 2003; Haukø 2007; Hansen 2008; Bratli 2008; Smeby 2009). Alvorlighetsgraden øker til yngre barnet er når omsorgspersonen blir syk over lengre perioder (Haukø/Stamnes 2009). Barn/unge som vokser opp med psykisk syke foreldre, kan bli til barnas byrder og etterhvert barnas sykdom som voksne (Kufås et al. 2001; Aamodt/Aamodt 2005; Solbakken/Lauritzen 2006; Killén

2007; Hansen 2008; Voksne for Barn 2008). Flere forskere (Vik 2001; Mørch/Fossum 2003; Gottesman et al. 2010) hevder at disse lidelser kan være arvelig belastet. Det er grunn til å anta at to av tre barn med psykisk syke foreldre vil utvikle psykiske problemer, og en av tre barn får alvorlige problemer (Ot.prp.nr.84 (2008-2009)).

Barn av psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre kan fortsatt være "usynlige" i skolen og samfunnet for øvrig. Ofte fremstår de velfungerende og hjelpsomme. I lojalitet til foreldrene forteller de ikke om praktiske og/eller følelsesmessige vanskeligheter de har i sin hverdag (Mevik/Trymbo 2002; Glistrup 2004; Aamodt/Aamodt 2005; Solbakken/Lauritzen 2006; Killén/Olofsson 2009a; Smeby 2009). Når problemene usynliggjøres, blir barnas opplevelse umyndiggjort (Hansen 2007). De "usynlige barna" usynliggjøres av voksne som ikke tør å spørre, og forholder seg passivt til deres situasjon (Eide/Rohde 2009). Mange voksne, fagfolk inkludert, ønsker å skåne barn fra det vanskelige i livet. Barn tåler imidlertid godt å samtale om smertefulle opplevelser. Om noen forstår smerten deres, kan de ofte selv mestre den (Mevik/Trymbo 2002). Når disse barna som voksne ser seg tilbake, kan de ofte være preget av en barndom som gikk "tapt", eller oppleve bitterhet mot hjelpeapparatet (Melle/Johansen 2002; Rimehaug et al. 2006; Solbakken/Lauritzen 2006).

Belastninger i familiene viser seg i ulik form, intensitet og varighet, hvor barna har det til felles at foreldrene er syke (Kufås et al. 2001; Vik 2001; Aamodt/Aamodt 2005). Disse barna er i utgangspunktet friske barn som kan ha behov for hjelp til å finne mestringsstrategier som kan medvirke til å håndtere vanskelighetene bedre (Bratli 2010).

I offentlige dokumenter er det gitt klare føringer om involvering og samarbeid med pårørende i helsetjenesten. Pårørende anses som en viktig ressurs (Veileder IS-1512/2008). Et mål med opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp.nr.63 (1997-1998)), var å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud. Her skulle familien være sentral. Barne- og familiedepartementet uttrykker bekymring over det store misforhold som foreligger mellom tilgjengelig kunnskap om betydningen av foreldrenes psykiske sykdom, og det manglende ansvar hjelpeapparatet viser for pasientens barn. Rutiner og praksis avspeiler en individorientering framfor en familieorientering (Ot.prp.nr.84 (2008-2009)). Hele familien rammes når et medlem blir sykt, og alle familiemedlemmer kan ha behov for samtale om opplevelser og følelser (Beardslee 2003; Glistrup 2004; Hansen 2008; Killén/Olufsen 2009b).

Familiearbeid blir gradvis forsøkt integrert i måten å tenke på i voksenpsykiatriske avdelinger. Mevik/Trymbo (2002) viser til studier som viser at det er langt igjen til denne tilnæringsmåten har vunnet et varig og dyptgripende fotfeste hos behandlingspersonalet og hos institusjoner som system.

Regjeringens ambisjon om å styrke forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge er i tråd med FNs barnekonvensjon. Barnets beste er her et grunnleggende prinsipp i alle sammenhenger hvor barn er berørt (Bratli 2010). Regjeringen ratifiserte i 1989 FNs barnekonvensjon som sikrer barn og unge under 18 år særskilt menneskerettighetsvern. Barnekonvensjonen vektlegger blant annet å sikre at barnet ivaretas best mulig (artikkel 3); skal beskyttes mot skader det kan bli påført (artikkel 19); skal fritt gi uttrykk for sine synspunkter i saker som vedrører det (artikkel 12, (Høstmølingen 2004)).

Regjeringen etablerte i 2007 "Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre" ved Sørlandet sykehus. Nettverket kalles BarnsBeste, og har vært pionéer for at arbeidet som barneansvarlig har blitt drevet fram (Henriksen 2008).

1.1 Studiets problemstilling og mål

Hensikten med studien er å få fram barneansvarliges erfaringer av mestring etter å ha gjennomgått pilotprosjektets kompetansehevingsprogram. For å få fram deres erfaringer er det brukt kvalitative semistrukturerte intervju.

Problemstillinger skal gjøre det mulig å foreta en empirisk undersøkelse fra teoretisk nivå til operativt nivå for å samle inn empiri for å tilføre ny kunnskap (Jacobsen 2003).

Forskningsspørsmål er forskerens begrepsmessige og teoretiske spørsmål knyttet til forskningstemaet (Kvale/Brinkmann 2009).

Hovedproblemstilling:

Hvordan erfarer barneansvarlige mestring av barnefokusert arbeid etter deltakelse i et kompetansehevingsprogram?

Forskningsspørsmål:

- Hvilke utfordringer gir samtaler med barn og foreldre?
- Hvordan fokuseres det på den barneansvarliges funksjon i avdeling?
- Hvordan opplever barneansvarlige arbeidet?
- Hva opplevde de ga størst utbytte gjennom kompetanseopplæringen?
- Hvilke "historier" har gjort inntrykk?
- På hvilken måte har de erfart personlig vekst?

Mål:

Intensjonen er at studien skal gi innspill med overføringsverdi til barneansvarliges arbeid i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke tidligere gjennomført en tilsvarende studie ved det aktuelle psykiatriske sykehuset.

1.2 Avgrensinger

Tema for masteroppgaven er barn av psykisk syke foreldre. Studiets målgruppe er barneansvarlige som deltok i pilotprosjektets kompetanseopplæring. Jeg ønsket å få fram deres erfaringer i samtaler med barn/foreldre. Det er også interessant å se på hvordan deres funksjon gjenspeilet seg i organisasjonskulturen og i forhold til samarbeidspartnere. Med kompetanseopplæring mener jeg helsepersonells behov for økt kompetanse innen fagfeltet "barn av psykisk syke foreldre". Begrepet kompetanse knyttes til personlige kompetanse og handlingsevne. Med barneansvarlig mener jeg praksisfeltet hvor helsepersonell møter barn som pårørende. Jeg støtter meg til Heggen (2008) som oppfatter mestring som å ha tilgang til ressurser; kunnskap, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr, - og evne til å utnytte disse.

Jeg omtaler masteroppgaven som studie, og har valgt et todelt perspektiv. Jeg har et voksent perspektiv fordi jeg ønsker å få fram barneansvarliges erfaringer. Samtidig har jeg et barneperspektiv fordi jeg har trukket inn forskning om barn av psykisk syke foreldre. Jeg ønsker å få fram at barn er selvstendige individer som er knyttet til sine foreldre, ikke først og fremst knyttet til psykisk syke foreldre. På samme måte ønsker jeg å få fram at foreldre først og fremst er foreldre, ikke psykisk syke. Foreldre med psykisk sykdom kan ha gode og dårlige perioder. I gode perioder kan de fungere godt som foreldre. For å forenkle arbeidet i studien er det valgt en tilnærming til barna som "barn av psykisk syke foreldre".

Inklusjonskriterier er barneansvarlige som gjennomgikk pilotprosjektets kompetanseheving ved et psykiatrisk sykehus. Eksklusjonskriterier er barneansvarlige som ikke deltok i pilotprosjektet, men har tatt kompetansehevingen i ettertid.

1.3 Bakgrunn og tema

I helseforetaket hvor forskningen er foretatt, ble det i 2008 iverksatt et pilotprosjekt. Pilotprosjektet var et samarbeid mellom familievernkontoret i to byer, et psykiatrisk sykehus og en rusinstitusjon. Samarbeidsprosjektet het "Vekst og utvikling for barn, unge og familier" (Samarbeidsavtalen 2008). Pilotprosjektet ble iverksatt på bakgrunn av lovendringer som trådte i kraft 1.1.2010.

Lovendringene kom i helsepersonelloven (§ 10a og § 25) og omhandler ivaretagelse av mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom/skade. Det kom også endringer i spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-7a), som pålegger spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig helsepersonell i nødvendig utstrekning. Dette pålegget innebærer at helsepersonell skal kartlegge om pasienter har barn, og om de har behov for informasjon og oppfølging. Videre skal helsepersonell gi barna informasjon og oppfølging tilpasset alder, modenhet, erfaring, kultur og språkbakgrunn, og om nødvendig innkalle tolk (Veileder IS-5/2010). Gjennom samtaler med barn (under 18 år) og foreldre ønsker helsepersonell å fremme en felles forståelse av barnas situasjon. Videre kan helsepersonell bidra til å fremme kommunikasjonen i familien. Ved at regjeringen fremmet lovforslagene, har barns rettigheter som pårørende blitt styrket.

Formålet med lovbestemmelsene er å sikre risikoutsatte barn tidlig hjelp. Målet er også å sette barn og foreldre bedre i stand til å mestre situasjonen når foreldre opplever sykdom (Veileder IS-5/2010). Hensikten er at barn skal forbli i sin rolle som barn. Barna skal ikke påta seg voksenoppgaver når omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner.

Hensikten med pilotprosjektet er å heve helsepersonellens kompetanse med tanke på å synliggjøre barn som pårørende innen voksenpsykiatrien. Prosjektet vil medføre strukturelle og relasjonelle endringer innad i organisasjonen og mot samarbeidspartnere. Derved kan helsepersonell bidra til å styrke samarbeidet mellom ulike instanser. På denne måte kan en medvirke til å yte barna riktig hjelp til rett tid. Ved å gi et helhetlig og kvalitativt godt tilbud til denne gruppen, ønsker en at tjenestene skal bli mer brukervennlige. Dette samsvarer med et viktig mål i "Opptappingsplanen for psykisk helse" (St.prp.nr.63 (1997-1998)).

Arbeidsgivere har ansvar for å pålegge helsepersonell rollen som barneansvarlige. De skal få mulighet til individuell kompetanseheving. Den offentlige politikken anser at kompetanseutvikling er viktig for å utvikle en nødvendig beredskap for å mestre framtidige utfordringer (NOU 1997:2).

I pilotprosjektet deltok 53 barneansvarlige og avdelingsledere fra psykiatri/rusvern. Rammebetingelsene var gode og dekket deltakernes utgifter. Prosjektleder fremsto med kompetanse og engasjement, noe som ifølge Baklien/Wejden (2009) er viktig i slike tiltak. Kompetanseopplæringen besto av fire opplæringsdager med faglig dyktige foredragsholdere. Det ble gitt undervisning i fagfeltet, oppdatering av lovendringer og opplæring i barnesamtaler. Forøvrig besto kompetansehevingen av et studiebesøk, tre inspirasjonsdager fordelt gjennom året og 40 timers veiledning over to år i lukket gruppe. Gjennom drøfting av ulike "case" fikk deltakerne økt sin trygghet for å ha "den nødvendige samtalen" med barn/foreldre. Målet med kompetanseopplæringen var å øke den individuelle handlingskompetansen hos barneansvarlige.

Etter at pilotprosjektet er avsluttet, er det blitt besluttet å ha to årlige inspirasjonsdager. Barneansvarlige som ønsket det, kan delta i de åpne veiledningsgruppene. Kompetanseopplæringen av nye barneansvarlige har fortsatt årlig, og inkluderer nå også barneansvarlige ved somatiske avdelinger.

1.4 Begrepsavklaringer

Forskning viser at barn av psykisk syke foreldre har økt forekomst av emosjonelle vansker, atferdsforstyrrelser og kognitive utviklingsforstyrrelser. Disse problemer framtrer særlig der foreldrene har lidelser som schizofreni, manisk-depressiv (bipolar), langvarige depressive tilstander, alvorlige personlighetsforstyrrelser og fremskredent alkohol- og stoffmisbruk (Kufås et al. 2001). Disse diagnoser møter en i psykiatriske akuttavdelinger. Det er tatt utgangspunkt i ICD-10 (2010) for å forklare de ulike lidelsene som nevnt overfor. For å forklare hvilken innvirkning lidelsen kan ha på barnet, er det tatt utgangspunkt i Killén (2007).

Schizofreni innebærer fundamentale og karakteristiske endringer i tenkning og persepsjon, og inadekvat eller avflatet affekt. Forelderen som blir *psykotisk* og endrer seg, kan trekke tilbake sitt engasjement og legge for dagen bisarr atferd. De kan true med selvmord, og må kanskje innlegges under dramatiske forhold. Dette skaper utrygghet, angst eller skyldfølelse hos barn. De barna som inkorporeres i foreldrenes paranoide system og gis en rolle i den forvrengte virkelighetsoppfatningen, er mest utsatt for utvikling av psykiske forstyrrelser.

Bipolare lidelser er karakterisert ved gjentatte episoder der personens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret, enten ved hevet stemningsleie og økt aktivitet eller ved senket stemningsleie og redusert aktivitet. *Alvorlig depresjon* innebærer betydelig bekymring eller agitasjon, med/uten psykotisk innhold og med betydelig selvmordsfare.

Depresjon påvirker barn direkte ved at sykdommen begrenser forelderens evne til å engasjere seg positivt i barna og leve seg inn i barnas opplevelser og følelser. Indirekte blir barna påvirket ved samlivsproblemer og eventuelle innleggelse i sykehus. Ekstremt triste og engstelige mødre har minst å tilby barna med hensyn til trygg base. Barn lærer tidlig å skyve egne følelsesmessige reaksjoner som tristhet, skuffelse, angst eller sinne ut av bevisstheten.

Personlighetsforstyrrelser er dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre. Atferden representerer enten ekstrem eller betydelig avvik fra måten gjennomsnittsindividet i en gitt kultur opplever, tenker og forholder seg til andre individer på. Forelderen er følelsesmessig ustabil og uforutsigbar, og kan på kort tid forandre seg fra å være blid til å skjelle ut barna. Forelderen kan ha en forvrengt og ustabil selvoppfatning, vedvarende identitetsforstyrrelse

og fremstå suidale. Deres øyeblikkelige behov blir viktigst, og evnen til å prioritere barns beskyttelsesbehov er meget begrenset. Forelderens uforutsigbare personlighet og livsstil skaper en livssituasjon der barn lever med kronisk bekymring og angst for det forutsigbare uforutsigbare.

Rusavhengighet er all bruk av rusmidler som virker forstyrrende på oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien. Det innbefatter hvordan følelsesmessige relasjoner belastes og forstyrres av et familiemedlems bruk av rusmidler (Solbakken/Lauritzen 2006). Når forelderens er *rusavhengig*, fører det ofte til benekting og bagatellisering av rusmisbruket. Det er neppe noen risikofaktorer som påvirker foreldrefunksjonen mer enn rus. Evnen til å se barnas behov kommer i skyggen av egne behov. De forventninger som stilles til barna, er forventninger det ville være rimelig å ha overfor voksne. Barn får tidlig ansvar for seg selv, søsken og forelderens.

For å gi barna best mulig kvalitet i samtalen, bør barneansvarlige kjenne forelderens lidelse. Samtidig er det store individuelle forskjeller innenfor diagnoser, familieforhold og barnas reaksjoner. Videre i studien brukes "psykisk sykdom" om alle lidelsene.

1.5 Min rolle som forsker

Min forforståelse er hele min livsverden, og er vanskelig å redegjøre for. Samtidig har jeg reflektert over den for å bevisstgjøre min forskerrolle. Jeg ønsker å møte informantene med størst mulig grad av åpenhet, slik at det ikke så lett skjer en tolking utfra ubevisste følelser eller meninger (Nåden/Braute 1993). Ifølge Malterud (2003) er forforståelse ryggsekken som består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme en forsker har med seg inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter.

Jeg er utdannet sykepleier med videreutdanning i psykiatri og rusproblematikk, og har arbeidet ved et psykiatrisk sykehus i snart tjue år. Jeg arbeider nå på akuttmottaket hvor pasientene er innlagt omtrent et døgn før de sendes til en avdeling. Her arbeider jeg tett sammen med mennesker med psykiske sykdommer og/eller rusproblematikk.

Jeg har lenge vært interessert i pårørendearbeidet. Flere ganger har jeg sett at pårørende, og spesielt barn som pårørende, ikke er blitt godt nok ivaretatt. For tre år siden ble jeg spurt om å være barneansvarlig samtidig som jeg fikk tilbud om deltakelse i pilotprosjektet. Min rolle som barneansvarlig på akuttmottaket er å fylle ut kartleggingsskjemaet sammen med pasienten. Jeg har hatt mange samtaler med foreldre om deres foreldrefungering. Det er sjelden at barn er med når foreldrene innlegges. Likevel har jeg hatt noen planlagte samtaler med barn, slik at jeg har noe erfaring i emnet. Jeg har også kjennskap til barn hjemmefra fordi jeg er mor til tre gutter mellom 9-18 år.

Å forske på eget felt er å befinne seg i kjente omgivelser og med kjent problematikk. I min kultur er språk, regler og normer kjent, noe som kan være en fordel i møtet med foreldre fra egen kultur. Informantene som deltok i studien arbeider i en annen del av institusjonen. Likevel er jeg uten tvil på hjemmebane. De teorier og begreper jeg har valgt for studien, er en del av min totale forforståelse som jeg bærer med meg. De vil ha betydning både for analyseprosessen og for mine drøftinger.

1.6 Studiens oppbygning

Kapittel 2.0 omhandler myndiggjøring og brukermedvirkning som er et fundament i masterstudien. Videre presenteres Antonovskys "sense of coherence", en mestringsmodell som er aktuell for barneansvarlige som har tatt kompetanseopplæringen.

Kapittel 3.0 inneholder relevant forskning og litteratur knyttet til barn av psykisk syke foreldre og foreldrefunksjon. Det er skrevet om helsepersonellens personlig kompetanse, barneansvarlige i organisasjonen og kompetanseopplæringsprogrammet. Teorier som presenteres i kapitlet, brukes som bakteppe til å drøfte empirien med.

Kapittel 4.0 redegjør for det vitenskapsteoretiske ståsted som er grunnlaget for forskningen. Begrepene fenomenologi og hermeneutikk er omtalt. Videre hvordan studien ble planlagt og gjennomført, validitet og reliabilitet, etiske betraktninger og refleksjoner over eget ståsted.

Kapittel 5.0 omhandler resultatene fra de empiriske undersøkelsene.

Kapittel 6.0 brukes til å drøfte resultatene opp mot relevant litteratur.

Kapittel 7.0 avrunder masteroppgaven.

2.0 TEORETISK FUNDAMENT

Brukermedvirkning er grunnlaget for masterstudiet. Slik jeg ser det, må brukermedvirkning settes i sammenheng med begreper som brukerperspektiv, menneskesyn, individualisering, holdninger, informasjon, kunnskap, skjønn, mestring og autonomi for å være virksomme. Ifølge Vik (2008) dekker myndiggjøring begreper som brukerstyring, brukermedvirkning og brukerperspektiv. I dette kapittelet er det tatt utgangspunkt i begrepet myndiggjøring og hvilken betydning det kan ha for barnas situasjon som pårørende i voksenpsykiatrien. Siden målgruppen for studien er barneansvarlige og deres opplevelse av mestring, presenteres Antonovskys modell "sense of coherence".

2.1 Myndiggjøring og barn som pårørende

Myndiggjøring er å fordele makt, slik at de som har lite makt, får mer, og de som har mye makt, deler den med andre og får mindre (Vik 2008). I studiets sammenheng innebærer det at barneansvarlige har barnets interesse i fokus. De har en myndighetsrolle overfor barnet gjennom å medvirke til å styrke barn/foreldre relasjonen. I forhold til barn handler ikke myndiggjøring om at barnet skal klare seg selv. Myndiggjøring er hvordan barneansvarlige forstår barnets ressurser og tilrettelegge for at barnet kan motta informasjon og formidle egne opplevelser og følelser. Ifølge Seim/Slettebø (2007) innebærer et slikt perspektiv verken aktiv deltakelse eller innflytelse fra brukerens (barnets) side. Det betyr at brukeren (barnet) har siste ordet og har makt til å bestemme. Vik (2008) hevder målet blir å styrke den enkeltes (barnets) forutsetninger for å endre uheldige forhold. På denne måten blir en (barnet) bedre i stand til å styre livet mot egne mål og behov. Gjennom kunnskap og kompetanse kan en få virkemidler til å fremme frigjøring og myndiggjøring. Myndiggjøring er positivt assosiert med vekst og utvikling. Det peker mer mot løsninger enn problemer, og fremheves som en forutsetning for godt helsearbeid. Begrepet deles i individuell og systemorientert myndiggjøring (ibid.). Jeg har valgt å supplere begrepene med innhold relatert til studien.

- a) Individuell myndiggjøring handler om utvikling av en personlig følelse av økt makt eller kontroll. Dermed blir endringen til det beste, uten en reell endring av strukturen

rundt individet. Barn som pårørende skal få informasjon for sin egen del og rolleavklaring i forhold til den innlagte forelderen.

- b) Systemorientert myndiggjøring er når brukeren (barnet) er del av en større sammenheng med sosiale relasjoner, som familie. Derfor kan en ikke forstå eller hjelpe brukeren (barnet) uten å ta hensyn til det. Myndiggjøring som gruppeprosess innebærer at endring av rammevilkårene og interne relasjoner i familien får en frigjørende effekt for barnet. Barneansvarlige ser barnet i en større sammenheng, som innen familien eller innad i organisasjonen. Organisasjonen gir barnet makt innad i systemet og til nettverksnivå og samarbeidspartnere utad.

Brukermedvirkning på individuell- og systemnivå er nært koblet til en orientering mot mestring, helsefremmende og forebyggende perspektiv (Bratli 2010). Bøckmann/Kjellehold (2010) henviser til sentrale offentlige dokumenter hvor brukerperspektiv og medvirkning er vektlagt. Her blir det gitt klare føringer om involvering av pårørende i helsearbeidet. Når brukermedvirkning er en rettighet, hevder Kjellehold (2010) at helsepersonell ikke fritt kan velge om og i hvilken grad bruker (barnet) skal involveres. Derfor må barneansvarlige ha barneperspektivet i fokus ved å sørge for at barnas relasjon til foreldre anerkjennes og ivaretas (Bratli 2010). Brukermedvirkning er forankret i et humanistisk menneskesyn. I et slikt menneskesyn er menneskets verdier og velferd i fokus, og mennesket har rett til og er i stand til å foreta valg angående eget liv, velferd og helse (Barbosa da Silva 2006).

2.2 Antonovskys “sense of coherence”

Antonovsky (2005) stilte seg spørsmålet om hvorfor noen mennesker opplevde enkelte hendelser som belastende. Andre som opplevde omtrent samme hendelse hadde ikke samme opplevelse. Han fant at en viktig helsefremmende faktor var evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende. Han introduserte begrepet “sense of coherence” (SOC). Begrepet uttrykker i hvilken utstrekning personen har en gjennomgripende og varig, dynamisk tillit til at ens indre og ytre verden er forutsigbar. Det finnes en sannsynlighet for at det kommer til å gå så bra som en forventer. SOC betegner en psykisk tilstand som betraktes som en måte å se verden på. Det bestemmes delvis av individets posisjon i den sosiale strukturen, og delvis av erfaringer med helse og sykdom. Jo sterkere følelsen av SOC er, jo bedre evne har en til å håndtere problemer. SOC består av tre komponenter som er uoppløselig sammenhengende. Høye verdier på disse tre komponentene skaper en sterk SOC. Bak hver komponent har jeg valgt å stille relevante spørsmål knyttet til barneansvarliges funksjon.

1. Forståelse – at det som skjer er forståelig, forutsigbart og oppleves som ordnet og tydelig, og at en klarer å finne løsninger på problemer som oppstår. Synes barneansvarlige at kompetanseopplæringen har økt deres forståelse av å drive forebyggende arbeid overfor barn av psykisk syke foreldre?
2. Håndterbarhet – å oppleve å ha nok tilgjengelige ressurser til å møte ulike situasjoner i livet, ta tak i situasjonene og gjøre noe med dem. I hvilken grad opplever barneansvarlige å mestre barnefokuset arbeid? Opplever de at samtalene med barn/foreldre er en kilde til personlig tilfredsstillelse?
3. Meningsfullhet – å oppleve følelsesmessig delaktighet i hendelsen. At krav livet stiller en overfor er verdt å investere energi i, er verdt engasjement og hengivelse heller enn noe en ville vært foruten. Hvordan forstår barneansvarlige de følelser og opplevelser barna forteller dem? Opplever de at barnearbeidet er meningsfullt og blir motiverte til å fortsette?

SOC avhenger av at stimuli som går fra ens indre og ytre verden er strukturerte, forutsigbare og begripelige, og at det finnes tilgjengelige ressurser for å møte krav fra disse stimuli. Barneansvarlige har individuelle forskjeller i stresstoleranse og motstandsressurser (som fagnettverk). Dette har betydning for opplevelsen av mestring. Motstandsressurser kan bidra til at stresset som oppleves, blir mer begripelig.

De kravene det ikke finnes noen umiddelbar tilgjengelig eller automatisk adaptiv respons på, kaller Antonovsky for stressorer. Stressorene deles i tre kategorier: Kroniske stressfaktorer, viktige livshendelser og dagsaktuelle ubehageligheter. Slik jeg ser det, kan rollen som barneansvarlig være innenfor kategorien "viktige livshendelser". Den barneansvarliges måte å håndtere "viktige livshendelser" på, kan gi SOC og frigjøre ressurser. Disse ressurser kan skape personlig vekst og øke kontroll og mestring over rollen en har fått. Personer som har sterk SOC, velger den mestringsstrategi som er best for å håndtere stressoren de stilles overfor.

Antonovsky er kritisk til at vår kultur oftest har en patogenetisk orientering som ligger til grunn for stress og kriser rundt helse spørsmål. Hans salutogeniske orientering fokuserer på det friske. Ifølge han befinner mennesket seg helsemessig i et kontinuum mellom helse – uhelse. Her er SOC en viktig faktor for å opprettholde posisjonen med bevegelser mot den friske pol.

3.0 RELEVANT FORSKNING OG TEORI

Som beskrevet er jeg opptatt av barneperspektivet. Kapittel 3.1 omhandler artikler funnet ved systematisk internasjonalt og nasjonalt søk i databaser (BIBSYS, Embase, helsebiblioteket.no, Medline). Det er også gjort direkte søk i fagtidsskrifter. Søkeord som er brukt er blant annet; children, coping, dependents, development of competence, parental mental health. Resten av kapittelet omhandler foreldrefunksjon, personlig kompetanse, barneansvarlige i organisasjonen og kompetansehevingsprogrammet. Til disse underkapitler er det brukt faglitteratur og artikler.

3.1 Studier om barn av psykisk syke foreldre

Beardslee, Versage & Gladstone (1998) studerte amerikanske barn av deprimerte pasienter i en tiårs longitudinell studie. Forskerne avdekket at barna hadde flere problemer, som med tilknytning og mellommenneskelige relasjoner. De barna som hadde skyldfølelse hadde størst sjanse for å utvikle depresjon. De barna som skjermet seg fra den syke forelderen klarte seg best. Flere barn/ungdommer ble identifisert som resiliente. På bakgrunn av disse funn utviklet Beardslee et al. (2003) et familieprogram til bruk for barn av deprimerte pasienter.

Östman (2008) hadde dybdeintervju med åtte barn av psykisk syke foreldre om barnas livssituasjon. Barna opplevde skyld i forelderens sykdom, og følte seg ensomme. De var redde fordi forelderen forandret seg, og for at forelderen skulle ta selvmord. Barna hadde behov for samtale med helsepersonell fordi de ønsket informasjon om psykiske sykdommer og foreldrenes atferd. De opplevde sjelden at behovet ble møtt. Forskerens funn utfordrer psykiatrisk helsevesen til å kartlegge barnas situasjon, og ivareta familien som system.

O' Connell (2008) utførte en kvantitativ og kvalitativ undersøkelse av 40 voksne barn av psykisk syke mødre. Forskingen avdekket at barndommen ofte hadde vært smertefull. Når mor var innlagt, var barna lettet fordi andre overtok ansvaret for henne. Da fikk barna bo

hos andre, noe som ble opplevd som en mer "normal" livssituasjon. Mange klarte seg likevel godt på tross av en dysfunksjonell barndom. Forskeren hevder at psykiatriske sykepleiere har nok kunnskap til å vurdere pasientens foreldrekompetanse og hjelpe barn gjennom risikohåndtering slik at de blir suksessfulle voksne.

Maybery & Reupert (2009) foretok en kvantitativ undersøkelse av flere forsknings- og evalueringssprosjekter i Australia. De ønsket å kartlegge hvilken hjelp barn av psykisk syke foreldre mottok fra psykiatriske institusjoner. De avdekket mangel på familievennlige holdninger og prosedyrer til å identifisere pasientens barn, hvilke behov barna hadde og barn/foreldre relasjonen. Forskerne anbefaler økt engasjement hos helsepersonell slik at de kan identifisere brukernes barn, hvilke familieforhold de har, og gi dem kunnskap om sykdom.

Korhonen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen (2010) foretok en kvantitativ undersøkelse av 373 finske psykiatriske sykepleiere i 45 voksenpsykiatriske avdelinger. De ønsket å kartlegge sykepleieres interaksjon med barn av psykisk syke foreldre som fikk behandling. Forskningen avdekket at mange sykepleiere møtte barna få ganger eller aldri. Dette relaterte forskerne til andre studier hvor en finner at barna ofte var usynlige. Sykepleierens personlige egenskaper, som at de var mødre, hadde betydning for deres forhold til barna. Forskerne indikerer at slik dyktighet ikke er et resultat av utdanning, men av livserfaringer.

Kufås, Lund & Myrvoll (2001) skrev en rapport etter et toårig metodeutviklingsprosjekt om ivaretagelsen av barna når forelderen var innlagt på psykiatriske akuttavdelinger. De avdekket at psykisk sykdom var preget av taushet, tabu og språkløshet, også blant behandlingspersonalet. De fleste behandlere var engstelige for å trekke barneperspektivet inn i arbeidet. Behandlere som hadde barnesamtaler og arbeidet problemløsende, ga pasienten håp og fikk styrket alliansen. Familiene var takknemlige for oppmerksomheten som ble gitt dem. De ønsket mer informasjon, hjelp og oppfølging til å mestre hverdagen.

Aamodt & Aamodt (2005) har foretatt en kunnskapsoppsummering over tiltak for barn/unge av psykisk syke foreldre. Praxis viste en individorientert tilnærming framfor en familie- og nettverkstilnærming. Forskerne fant det alvorlig at foreldre var i nærkontakt med hjelpeapparatet uten at det var gjennomført prosedyrer for å avdekke om pasienten hadde barn. Til tross for hjelpeapparatets omfattende kunnskap om risikofaktorer, viste

helsepersonell ikke hvem som hadde ansvar for barna når foreldrene var innlagt. Behandlere understreket behovet for kompetanseheving. Noen avdelinger hadde ildsjeler som gjennomførte samtaler med barn/foreldre. Studien avdekket at det manglet rutiner for samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Solbakken & Lauritzen (2006) kartla hvilket behandlingstilbud barn av rusmiddelbrukende foreldre hadde. De avdekket at samfunnets tabu omkring rusmiddelmissbruk, hemmeligholding og avmaktsposisjoner gjorde det vanskelig å rekruttere barn til tilbudene som fantes og skape kontinuitet i oppfølgingsarbeidet. Familiene hadde ofte sammensatte problemer som krevde bred tverrfaglig innsats. Forskerne konkluderte med at ivaretagelse av barna må innarbeides som intervensjoner innen spesialisthelsetjenesten. Dermed kan en forebygge manifeste psykiske lidelser.

Halsa (2008 – referert i Halsas/Aubert 2009) intervjuet i sitt doktorgradsarbeid 15 helsepersonell som deltok i det første barneansvarlig- prosjektet på Blakstad sykehus. Hun fant at behandlere i voksenpsykiatrien har nøkkelposisjoner for å bygge opp et tillitsforhold til foreldre som andre instanser ikke har. Videre at dersom en skal få til barnefokustert arbeid i voksenpsykiatrien, må noen ha et spesielt ansvar for arbeidet. En forutsetning for at arbeidet forankres på avdeling, er at noen utpekes som barneansvarlige.

Flere rapporter (Kufås et al. 2001; Aamodt/Aamodt 2005; Solbakken/Lauritzen 2006) konkluderer med at barn som vokser opp i familier med psykisk sykdom må oppdages, utredes og følges opp. Det poengteres at det er viktig med informasjon, kunnskapsformidling og samarbeid med foreldre. utfordringer i framtiden blir å sikre oppmerksomheten om barns situasjon, finne likeverdige tilbud, kontinuitet og samordning i oppfølging av barna. Halsas/Aubert (2009) uttrykker at den faglige tenkningen bygger på et mestringsperspektiv, hvor forebygging er å redusere risikofaktorer, og styrke og synliggjøre beskyttelsesfaktorer.

3.1.1 Resiliens

Barn det går godt med på tross av erfaringer som innebærer relativt høy risiko for å utvikle problemer eller avvik, omtales som resiliente (Borge 2005; Bratli 2010). Alternative ord til resiliens er motstandskraft og mestring. Mestring baseres på læring, mens resiliens i tillegg er uløselig knyttet til risiko (Bratbakken 2009). Både i resiliens- og mestringsforskning legges det stor vekt på "sense of coherence" (SOC) som en viktig forutsetning for at barn skal tåle belastninger og finne adekvate strategier for å håndtere dem (Christie 2008; Heggen 2008; Eide/Rohde 2009; Halså/Aubert 2009). Barneansvarlige kan spille en rolle i barnets liv mot større grad av resiliens.

3.2 Foreldrefunksjon

Halsa (2001) uttrykker at omsorg for barn dreier seg om praktiske oppgaver. Det handler om å få dem opp om morgenen, lage måltider, hjelpe med lekser og følge opp på fritidssysler. Foreldrene skal skape en trygg, bekreftende base som bærer preg av rutiner med relativt fast struktur. Barna skal oppdras med kjærlighet. Når barn ønsker noe av foreldrene, kan foreldre svare gjennom; å ignorere, avvise, kanalisere videre eller oppmuntre/akseptere. Disse fire hovedtyper erfaringer utgjør den opprinnelige drivkraften i retning mot et sterkere eller svakere "sense of coherence" (SOC) i menneskets liv (Antonovsky 2005). Hvordan foreldre mestrer sin rolle har, ifølge Mevik/Trymbo (2002) betydning for hvordan barn opprettholder og utvikler sin selvaktelse og livsmot. Barneansvarlige har fått opplæring i foreldrefungering. De er pålagt å ha foreldresamtale. I familier med to foreldre er det oftest bare en av dem som har en psykisk sykdom. Barna kan bli godt ivaretatt av den friske forelderens dersom den andre er innlagt. I psykiatriske akuttavdelinger møter vi forelderens når han/hun er på sitt sykeste. Pasientens foreldrefungering kan være god utenom innleggelsesperiodene.

3.2.1 Foreldrefungering ved psykisk sykdom

Halsa (2001) undrer seg over hvordan familier hvor en av foreldrene sliter med store emosjonelle problemer, skal fungere som base for tilhørighet og bearbeiding av følelser. Samtidig skal foreldre ivareta alle praktiske oppgaver som følger med foreldrerollen. Når forelderens blir syk, hevder Mevik/Trymbo (2002) at dagliglivets rutiner bryter sammen. Dette skaper konsekvenser for barn og deres opplevelse av tap av et forutsigbart hverdagsliv. For noen barn kan dagliglivets rutiner være mer eller mindre ukjente fordi foreldre som følge av en psykisk lidelse aldri har etablert dem. Det spesielle ved flere psykiske lidelser er at det ikke er synlige, kroppslige plager. Derimot er det følelser og reaksjoner som likner vanlig atferd, men som er mye sterkere og mer omskiftelig. Derfor oppleves det irrasjonelt og vanskelig å snakke om fordi plagene ofte er uforståelig for den syke selv (Halsa 2001). Det som er usynlig for omgivelsene, ser og opplever imidlertid barnet (Killén/Olofsson 2009a). Alle barn knytter seg til sine omsorgsgivere uansett hvordan de blir

behandlet. De lærer i stor grad handlingsstrategier, eller mangel på sådanne, hos sine nærmeste omsorgspersoner (Mevik/Trymbo 2002).

Forelderen kan oppleve skyld- og skamfølelse i hendelser forut for innleggelsen. Flere forskere (Halsa 2001; Melle/Johansen 2002; Mevik/Trymbo 2002; Siegbrit 2007) uttrykker at foreldre kan føle seg hjelpeløse i kommunikasjon med barn om sykdommen og hendelser knyttet til den. Gjennom samtaler om foreldrefungering kan en bryte tabuer og hemmeligheter som psykiske lidelser medfører (Vik 2002; Beardslee 2003; Bratli 2010; Bøckmann/Kjellevold 2010).

3.3 Personlig kompetanse

Personlig kompetanse kan, ifølge Kirkevold (2006), bety *“evnen til å gjøre noe”*, og forutsetter teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. I tillegg er erfaringer, refleksjoner og intuisjon viktige komponenter for utviklingen av personlig kompetanse. Disse begrepene blir utdypet i det videre arbeidet. Slik jeg ser det, vil barneansvarliges evne til å utvikle seg, ikke være statisk, men i stadig bevegelse fordi de ofte får nye erfaringer i møte med barn/foreldre.

Teoretisk kunnskap er i utgangspunktet personuavhengig. Det betyr at den ikke er knyttet til noen bestemt person og at den er offentlig tilgjengelig. I denne sammenheng ble teoretisk kunnskap knyttet til kunnskap om tilknytningsteorier og barn/foreldre relasjonen som helsepersonell fikk i kompetanseopplæringen. Praktisk kunnskap knyttes til bestemte hendelser og erfaringer og kan hevdes å være konkret, spesiell, subjektiv og historisk (Kirkevold 2006). Den praktiske kunnskapens form og innhold lar seg ikke løsrive fra den som har den og fra situasjoner hvor den blir lært og anvendt. Kunnskapen peker essensielt på kunnskapsbæreren og brukssituasjonene (Kirkevold 2006; Grimen 2008). Praktiske situasjoner kan ses på som tilnærmet like, men vil aldri bli helt identiske. For å bli en god praktiker kreves det at en trener opp ulike fenomener; som å bli fortrolig med egne erfaringer i samtaler med barn/foreldre.

Ifølge Rønnestad (2008) kan det tradisjonelle skillet mellom teori og praksis oppheves i den komplekse læringsprosessen. Her samvirker reflekterte og ikke-reflekterte erfaringer med teoretisk kunnskap i konstitueringen av personliggjort kunnskap. Smeby (2008) refererer til Schön, som introduserte begrepet *“refleksjon i handling”* som kjennetegn på profesjonell kompetanse. Tanken bak begrepet er at teoretisk kunnskap som er ervervet gjennom utdanning er en forutsetning for profesjonell praksis. Kunnskapen kan overføres direkte til yrkespraksis. Her blir kunnskapen vedlikeholdt og videreutviklet i et profesjonelt kollegialt fellesskap, i denne sammenheng med andre barneansvarlige. Begrepet erfaring kan omhandle både barneansvarliges personlige kompetanse og utøvelse av arbeidet.

Barneansvarlige kan ha bruk for sine erfaringer og intuisjon for å fatte etisk forsvarlige beslutninger i møte med barn. Både intuisjon og etisk kunnskap representerer ifølge

Kirkevold (2006), en anvendelse av teoretisk og praktisk kunnskap. Videre er intuisjonen ubevisst og et uttrykk for at kunnskapen er helt integrert i en person. Etisk kunnskap omfatter derimot ferdigheter knyttet til å vurdere etiske spørsmål og fatte etiske forsvarlige beslutninger.

Evnen til refleksjon er viktig for å integrere og utvikle personlig kompetanse. Refleksjon betyr betraktning, ettertanke og overveielse. Ifølge Kirkevold (2006), kan en skille mellom den uvilkårlige - og den intensjonelle refleksjon. Den uvilkårlige refleksjon er oftest nåtidsrettet og dreier seg om barneansvarliges overveielse og betraktning av noe som skjer. Den er viktig for evnen til å handle. Den intensjonelle refleksjon knyttes til refleksjon over noe som har skjedd i ettertid. Når studiets fokus er barneansvarliges erfaringer av mestring, blir det en refleksjon i ettertid over handlinger som allerede har skjedd.

Barneansvarlige er nøkkelpersoner når det gjelder å komme nær pasientens familie og få kjennskap til eventuelle problemer innad i familien. Kierkegaard hevder at når man i sannhet skal lykkes å føre et menneske til et bestemt sted (som til økende trygghet), må en først og fremst passe på å finne han der hvor han er og begynne der (Nordby et al. 2007). Sentrale begreper innen eksistensialismen er likeverdighet, møte/nærværenhet, selvaktelse, ansvar og valg, mål, mening og verdiavklaring, skyld, åpenhet, innsikt og håp. Denne tilnærmingen vektlegger at et "Jeg møter et Du" i et subjekt- subjekt forhold (ibid.). Dette er sentralt i hermeneutikken, og blir også en del av barneansvarliges personlige kompetanse.

Ifølge Ekeland (2008) skaper optimistiske behandlere gode relasjoner preget av respekt, tillit, varme og håp. De kan oppnå vesentlig bedre resultat med samme behandlingsmetode enn behandlere der disse kvalitetene er fraværende. Jeg støtter meg til Glistrup (2004) som hevder at en må ha evne til innsikt i barns naturlige reaksjoner når barnet opplever belastende eller traumatiske opplevelser. En skal også forstå barnets behov for respekt i forsøk på å beskytte familiens og egne grenser. Det kreves mot til å ta av sin profesjonelle maske for å komme barnet i møte og ta del i smerten, ensomheten og avmakten. Empati er et bærende element i kontakt med andre - og selve grunnlaget for å kunne forstå barnet (ibid.). I denne sammenheng handler myndiggjøringsarbeid om å lytte til barnets behov og gi rom for det særegne. Da vil målet komme fram underveis.

3.4 Barneansvarlige i organisasjonen

Det kan være utfordrende å formidle barneperspektivet i voksenpsykiatrien og få gehør for barnas situasjon. Sykehuset betraktes som en kompleks organisasjon. Her kan det utvikles maktkultur og spilleregler om maktutøvelse og gjensidige oppfatninger i forholdet mellom ulike grupper og beslutningsinstanser i organisasjonen (Fivelsdal/Bakka 1992). Mange mål skal imøtekommes, og mange faggrupper har sine faglige mål (Holter 1990). Den psykiatriske institusjonen følger et program med klare mål i opplæringen av barneansvarlige. Når målet er klart definert, er det lettere for den enkelte å finne ut om det er dette en ønsker å arbeide for (Holter 1990). Det er gjennom enkeltmedlemmer at tradisjoner, kulturer, samt mye kompetanse og rutiner, blir opprettholdt og videreført (Svensson 2008). Opplæringen har ført til en bevisstgjøring av den barneansvarliges rolle. En definisjon på rolle er “summen av normer og forventninger fra en selv og andre som er rettet mot ens posisjon” (Holter 1990; Fivelsdal/Bakka 1992). Barneansvarliges intervensjon blir viktig både i forhold til barn/foreldre relasjonen gjennom å møte dem med respekt og likeverd, og i forhold til samtaleinnhold hvor fokuset er den faktiske kunnskapen som skal formidles (Ekeland 2008).

At barneansvarlige bruker tid på samtaler med barn/foreldre er noe nytt som innoveres i psykiatrisk helsevesen. Arbeid, læring og innovasjon er ikke atskilte aktiviteter, men er ifølge Nyseth/Finstad (2003) tett sammenvevd med hverandre i en lokal praksis og i den kultur praksisen opererer innenfor. Innovasjonsbegrepet rommer det å finne opp/produsere noe nytt, selve det nye som “produkt” i vid forstand og spredning/bruk av produktet (Fivelsdal/Bakka 1992). Dette gjelder for de barneansvarlige, som skal etablere rutiner og prosedyrer for å sikre at samtaler blir gjennomført. De skal sørge for at fokus holdes oppe i avdelingens behandlingsmøter. Barneansvarlige skal medvirke til at arbeidet integreres i avdelingens kultur. Kultur er en betegnelse for de fremherskende verdier, holdninger og atferdsnormer i en organisasjon som gjennomfører alle hverdagens gjøremål (ibid.). Disse grunnleggende antakelser er fundamentet som utvikler seg og blir en del av folks bevissthet – eller snarere av deres underbevissthet.

Barneansvarlige har tilbud om veiledningsgrupper. Her har de mulighet til å beskrive og dele praksis, følelser, refleksjoner og handlinger, og den enkelte blir mer bevisst sin væremåte og derved mer kjent med seg selv (Holter 1990; Rønnestad 2008).

3.5 Barneansvarliges kompetansehevingsprogram

Noen barneansvarlige kan oppleve at de ikke er kompetente til å samtale med barn fordi de mangler utdanning og erfaring. Andre kan ha et personlig talent for å samtale med andre om smertefulle og tabubelagte temaer. De fleste vil trenge økt kompetanse som de får i en del av etterutdanningen. Slik kan kompetansehevingen være til god hjelp, og samtidig kan den medvirke til økt selvtillit på det personlige plan med større relasjonelle ferdigheter.

Kompetanseopplæringen har gitt barneansvarlige kunnskap i barne- og foreldresamtalen. Gjennom erfaring og veiledning kan de få økt sin opplevelse av mestring.

De barneansvarlige har som mål å bidra til at barna får bedre mestringsevne og resiliens (Borge 2005), og kommer nærmere friskhet i det salutogeniske kontinuumet (Antonovsky 2005). For å beskrive kompetansehevingsprogrammet er det tatt utgangspunkt i kursundervisning, egne notater og faglitteratur.

Barneansvarlige har tre hovedoppgaver (Ot.prp.nr.84 (2008-2009)); 1) kartlegge om pasienten har barn, 2) kartlegge barns behov for informasjon og oppfølging, 3) tiltak gjennom å gi informasjon og oppfølging. Disse er brukt som overskrifter i det videre arbeidet.

3.5.1 Kartlegge om pasienten har barn

Helsepersonell skal kartlegge om pasienten har barn, og de skal videre fylle ut kartleggingsskjema sammen med forelderen første døgn på akuttmottaket (vedlegg 6). Skjemaet inneholder informasjon om barnet, den andre forelderen, barnas omsorgssituasjon når forelderen er innlagt, og om det er grunn til bekymring for opplevelser barna har hatt. Allerede i denne første samtalen får helsepersonell innblikk i barn/foreldre-fungeringen. Dersom en ikke kan få opplysninger fra forelderen på grunn av helsetilstand, må en forsøke å kontakte den andre forelderen, andre omsorgspersoner, søke i pasientens journal eller undersøke i folkeregisteret. På denne måten sikres ivaretagelsen av barnet.

Som tidligere nevnt i Vik (2008), skal en på systemnivå bevisstgjøre barnas nettverksressurser som kan være til hjelp/støtte i vanskelige perioder. Trygge og stabile relasjoner til personer utenom familien kan bidra til å redusere den negative effekten familieproblemer kan ha (Melle/Johansen 2002; Sundfær 2003; Solbakken/Lauritzen 2006; Dybring/Stoltenberg 2006; Skotland 2007; Killén/Olufsen 2009b).

Dersom barna har behov for ytterligere oppfølging, kan en kontakte kommunale instanser. Hvis det viser seg at barnets omsorgssituasjon ikke er godt nok ivaretatt, skal det sendes bekymringsmelding til barnevernet (helsepersonelloven § 33). Opplysningsplikten etter barnevernloven går foran taushetsplikten i andre lover (barnevernloven § 6.4). Arbeidet som blir gjort, skal journalføres i pasientens journal. Kartleggingsskjema fylt ut på akuttmottaket, skal også følge pasientens journal. Det kan brukes som et verktøy for barneansvarlige til å gjennomføre barnesamtaler når pasienten har kommet på avdeling.

3.5.2 Kartlegge barns behov for informasjon og oppfølging

De barneansvarliges viktigste samarbeidsparter for å komme i posisjon i forhold til barna, er foreldrene (Halsa/Aubert 2009). Foreldre skal møtes med respekt, omsorg og empati for på den måten å skape et godt samarbeid. Barneansvarlige har plikt til å samtale med forelderen for å bidra til en åpnere dialog om vanskelige ting for å øke deres foreldrefungering. Hensikten med foreldresamtalen er å bistå dem til å innta barnas perspektiv (Bratli 2010), og bidra til at barna sikres en tilstrekkelig trygg og ivaretagende livssituasjon (Kufås et al. 2001). Forelderen får anledning til å fortelle hvordan han/hun tror sykdommen har innvirket på barnet. Slik får en oversikt over risiko – og beskyttelsesfaktorer hos og rundt barna.

En skal alltid avklare med foreldrene om det er noe de ikke er rede til å snakke med barna om, og ifølge Eide/Rohde (2009), er det alltid viktig å respektere og ivareta foreldrenes ønske. Dersom foreldre motsetter seg eller ikke samtykker til barnesamtale, har en ikke anledning til å gjennomføre samtalen. Barneansvarlige er som hovedregel bundet av taushetsplikten slik at konkrete opplysninger som angår behandlingsstedet, pasientens sykdom og behandling ikke kan gis barna (Ot.prp.nr.84 (2008-2009)). Dersom barna får opplysninger mot foreldrenes vilje, kan forelderen skade barna gjennom bruk av ulike

forsvarsmekanismer som benekting, projisering (Killén/Olofsson 2009a), idyllisering og forvrengning (Rimehaug et al. 2006).

Barneansvarlige kan arbeide med pasientens motivasjon, og med jevne mellomrom ta opp viktigheten av barnesamtalen. Spørsmål om samtale må ikke bli opplevd som kontroll eller som en trussel om omsorgsovertakelse for foreldre. Bak en avvisning kan det ligge en stor og belastende engstelse for ikke å være god nok som forelder (Kufås et al. 2001; Melle/Johansen 2002). En kan likevel sette spørsmålstegn ved om forelderen er redd noe skal komme fram dersom han/hun ikke ønsker at barneansvarlige skal samtale med barnet.

3.5.3 Tiltak – gi informasjon og oppfølging

Sykehusets prosedyrer er at barneansvarlige skal innkalle barna til samtale innen pasienten har vært innlagt en uke. Eide/Rohde (2009) hevder "*å gjøre samtaler*" med barn er mer dekkende når en inntar barns perspektiv. Da aktiverer helsepersonell kreativiteten og har mot til å gjøre det utradisjonelle ved å komme i kontakt med barn på deres premisser. Barneansvarlige skal ta hensyn til det unike ved barnet. Spedbarn har behov for at tilknytningsprosessen mellom mor/barn ikke hindres ved at barneansvarlige tilrettelegger for besøk på avdelingen. Søsken kan ha ulik opplevelse av situasjonen. Større barn kan ha behov for samtale uten foreldrene til stede. En tenåring med motstand og uvilje til å samtale, kan være begrunnet i redsel, aggresjon eller ønske om å fortrenge realitetene (Kufås et al. 2001). Killén/Olofsson (2009b) påpeker at smerte som er påført i relasjoner til andre, må også behandles og løses i relasjoner. Slik kan barneansvarlige bidra til at barn opplever en sterkere grad av mestring og kontroll.

Forut for foreldrenes innleggelse kan barn ha opplevd skremmende situasjoner eller atferdsendringer hos forelderen som kan ha skapt angst. Barn forteller sjelden på eget initiativ om sine opplevelser om forvirrede eller sårende atferd fra foreldrenes side, men de er lojale mot dem (Aamodt/Aamodt 2005; Solbakken/Lauritzen 2006; Halså/Aubert 2009). De kan oppleve en lojalitetskonflikt (Bratli 2010). Derimot kan barna fortelle om egne reaksjoner, hva de var redd for og opplevde vanskelig. Det kan tolkes som lojalitet til foreldrene, eller som respekt for dem (Halså/Aubert 2009). Barn kan bli negativt påvirket av

fortielse, misforståelse og vanskelig samspill, i tillegg til å oppleve angst for selv å bli psykisk syk (Kufås et al. 2001). Sundfær (2003) hevder at barn er opptatt av konkrete ting som navn på sykdommen, om den er smittsom eller dødelig. De barna som blir forklart hva som skjer med forelderen som blir psykisk syk, har mindre sannsynlighet for å påta seg skyld eller utvikle egne symptomer. Den barneansvarlige ønsker å normalisere barnas følelser fordi alle barn i utgangspunktet er normalt fungerende barn med normale følelser på en unormal situasjon. Dersom barna våger å føle, lærer de seg etter hvert å regulere egne følelser, noe som ifølge Killén/Olofsson (2009a) er et godt grunnlag i å utvikle innlevelsessevne for andres situasjon. Det skal vektlegges at det aldri er barnas skyld at forelderen er syk (Bratli 2010).

Barnesamtalen skal gi barnet en forståelse av hva som skjer med den syke forelderen, familien og barnet selv. Her skal det være rom for å komme med egne følelser og opplevelser. Disse barna trenger, ifølge (Sundfær 2003), å bli sett, at noen vet hvordan de har det hjemme, noen de kan snakke med og som kan avlaste dem med bekymringer for foreldrene. Ord som kan brukes som knagger til å henge vanskelige fremmedord på, kan være "tankesykdom" i stedet for psykose eller "snakkemedisin" som behandlingsmetode. Bøckmann/Kjellevold (2010) uttrykker at dersom dialogen med barnet skal være åpen, er det viktig å tillate barnet å være taus, å normalisere barnets tanker, følelser og reaksjoner og gi informasjon om sykdommen. En skal bekrefte mestring og ulike løsningsstrategier som kompetente forsøk hos barnet på å løse vanskelige oppgaver i familien. Oppgaven blir å få tak i det enkelte barnets ressurser og holdninger i møte med livshendelser som å ha en syk forelder (Horsburgh 2000).

Barneansvarlige må beregne tid til samtalen. De må gjøre kollegaer oppmerksom på at barnesamtalen skal finne sted, slik at de frigjøres fra andre avdelingsoppgaver. Foreldre, også pasienten om han/hun er i stand til det, kan delta i samtalen. Når en samtaler om vanskelige episoder forut for innleggelsen, kan det oppleves meningsfullt for foreldrene og ha positiv innvirkning på pasientens behandlingsforløp. Når kommunikasjonsprosessen mellom barn og foreldre kommer i gang (Sundfær 2003), kan det bli en beskyttelsesfaktor i barnas liv. Etter samtalen kan en ufarliggjøre sykehus og behandling ved å vise barnet forelderens rom, da barnas fantasier ofte er verre enn virkeligheten (Haukø 2006).

4.0 METODE

4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Studiens hensikt var å få et innblikk i barneansvarliges erfaringer av mestring av barnefaglig arbeid etter deltakelse i et pilotprosjekt. Jeg valgte en kvalitativ tilnærming fordi jeg ønsket å gå i dybden for å få fram erfaringer fra hverdagen i klinisk praksis. Kvalitative forskningsintervju søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side. En ønsker å få fram betydningen av folks erfaringer og avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale/Brinkmann 2009). Jeg vil redegjøre for det vitenskapsteoretiske ståsted som danner grunnlaget for studien, hvor jeg er inspirert av fenomenologi og hermeneutikk. Jeg belyser hvordan studien er planlagt og gjennomført, og redegjør for studiens gyldighet, pålitelighet og etiske betraktninger. Avslutningsvis redegjør jeg for analyse og tolkningsprosess.

4.1.1. Fenomenologi

Fenomenologi handler om å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver. Den beskriver verden slik den oppleves av informantene, ut fra forståelse av at den virkelige virkeligheten er den mennesker opplever (Kvale/Brinkmann 2009). Nåden/Braute (1993) viser til Husserl (1859 -1938) som regnes som grunnleggeren til fenomenologisk metode. Husserl var opptatt av å forstå kunnskapens natur, og mente det var en sterk sammenheng mellom liv, vitenskap og filosofi. Videre mente han at for å kunne utforske fenomenets egenart, måtte utsagn eller handlinger fra mennesket om fenomenet, komme til uttrykk. Han introduserte begrepet livsverden, som er den verden som er levende til stede i observasjonene våre. Den uttrykkes gjennom opplevelsene våre (ibid.). Utgangspunktet mitt ble informantenes utolkede opplevelser, tanker og erfaringer fra deres yrkespraksis. Jeg ønsker å oppnå en forståelse av den dypere mening i deres livsverden som barneansvarlige. Jeg ønsket å få fram det som er så dagligdags at det lett kan overses. For fullt å forstå informantenes erfaringer, forsøkte jeg å legge bort min egen forforståelse.

4.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk er tolkningskunst eller tolkningslære, og brukes som tilnærming for og nå frem til gyldige fortolkninger av meningen i en tekst (Kvale/Brinkmann 2009). Thornquist (2003) hevder hermeneutikk hjelper oss til å skjønne hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening. Nåden/Braute (1993) refererer til Dilthey (1833 -1911) som vektlegger ulike menneskers mønster å tenke på, deres forståelseshorisont. Forståelseshorisonten er, ifølge Thornquist (2003), våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger. Den bestemmer hvilke utsagn og oppfatninger som gir mening. Hermeneutikkens utgangspunkt er at vi forstår helheten ut fra en forståelse av delene, og vi forstår delene ut fra vår forståelse av helheten. Dette kalles den hermeneutiske sirkel (Jacobsen 2003). Jeg hadde allerede en egen forståelse omkring tema for denne studien. Denne forståelsen ble prøvd ut og utvidet i møte med informantene. Etter at intervjuene var blitt bearbeidet og analysert med relevant teori, ga det meg ny erfaring som økte min forståelse, inspirert av den hermeneutiske sirkelen.

4.2 Utvalg

Utvalget var strategisk, da inklusjonskriteriene var barneansvarlige som gjennomgikk pilotprosjektet. Strategiske utvalg er, ifølge Malterud (2003), sammensatt ut fra målsettingen om at materialet har potensial for å belyse den problemstillingen forsker vil ta opp. Forsker velger bevisst hvem som skal delta i undersøkelsen (Larsen 2007). De som gjennomgikk pilotprosjektet og ble barneansvarlige, har etter hvert fått opplevelser og erfaringer som jeg ønsket å få innblikk i.

Utvalget besto av tre barneansvarlige ved et psykiatrisk sykehus, to tilknyttet akuttavdelinger og en tilknyttet poliklinikk. Det hadde vært ønskelig med flere informanter for å få et mer detaljert innblikk med større grad av overførbarhet til andre barneansvarlige. Materialet var derimot rikt og detaljert, slik at det var mulig å gjennomføre en undersøkelse og analysere det på en fornuftig måte. Da trenger en ikke mange informanter (Jacobsen 2003). Datamaterialet er basert på intervjuer med helsepersonell med ulik treårig fagbakgrunn. Felles for disse er at de er mødre, barneansvarlige og har videreutdanning i psykiatri. Helsebakgrunn ser ikke ut til å ha betydning for deres erfaringer med å være barneansvarlige. Kun kvinner deltok i studien, i en alder av 39 til 58 år. Spredningen i ansiennitet var fra 14 til 33 år. Fordi alle hadde lang ansiennitet i yrket, var de godt kjent med sykehusets organisasjonsstruktur. To jobbet kun dagstilling, og en jobbet turnus. Ingen hadde mindre enn 50 % stiling.

I ettertid synes jeg det er vanskelig å bedømme om utvalget danner et tilstrekkelig godt bilde av det barnefaglige arbeidet som drives ved organisasjonen, fordi jeg kun fikk "ildsjeler" som informanter. For å få flere informanter, kunne jeg informert avdelingslederne om studien og fått informanter gjennom dem, eller brukt "snøballmetoden" (Jacobsen 2003), noe som muligens kunne gitt andre resultater.

4.3 Innsamling av data

Det ble valgt en datainnsamlingsmetode med semistrukturerte intervju for å få tilgang til erfaringene til de barneansvarlige. Semistrukturerte intervjuer er planlagte og fleksible samtaler. Ifølge Kvale/Brinkmann (2009) er formålet å innhente beskrivelser av intervjupersonenes livsverden med tanke på fortolkning av meningen med fenomener som beskrives. Metoden brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås utfra intervjupersonenes egne perspektiver.

4.3.1 Tilgang til feltet og forberedelser

Jeg tok kontakt med direktør ved et psykiatrisk sykehus med forespørsel om tillatelse til gjennomføring av studien (vedlegg 1). Svaret var positivt. Jeg ba prosjektleder om tilgang til liste over alle barneansvarlige som gjennomførte pilotprosjektet og var ansatt ved sykehuset. Disse sendte jeg mail til med spørsmål om deltakelse i studien via intranett (vedlegg 2). Det var vanskeligere enn antatt å få nok informanter. Etter en uke fikk jeg svar fra mange som av ulike årsaker ikke hadde mulighet til å delta. Jeg fikk positivt svar fra to som ønsket å være informanter. Etter et par uker til uten flere svar, sendte jeg ut invitasjonen på nytt. Denne gangen fikk jeg positivt svar fra en. Jeg informerte i åpen veiledningsgruppe for barneansvarlige om studien med forespørsel om informanter, uten at flere ønsket å delta.

4.3.2 Intervjuguide

Det ble tatt utgangspunkt i forskningsspørsmålene ved utarbeidelsen av intervjuguiden (Vedlegg 5). Jeg utarbeidet så spesifikke spørsmål jeg ønsket besvart, samtidig som jeg ønsket stor grad av åpenhet og mulighet til oppfølgingsspørsmål. Ved å organisere intervjuguiden slik, ble det en struktur som forenklet analysearbeidet (Larsen 2008). Kvale/Brinkmann (2009) hevder en forskers antakelser gjør seg gjeldende i de spørsmålene han/hun stiller til teksten. Spørsmålene er med å bestemme den etterfølgende analysen.

Hovedintensjonen med intervjuguiden var å fange inn både person og kontekst. Det unike i enhver informants opplevelse fikk fortrinn foran det som måtte være av generaliserbar kunnskap (Andersen 2001). Tilnærmingen var induktiv. Det innebærer at jeg forsøkte å samle inn data så åpent som mulig, og legge så få føringer på det som ble undersøkt som mulig. Dette for å unngå å ha en klar oppfatning av hva jeg lette etter, fordi det kan føre til at en på forhånd ser det en har bestemt seg for å se, og dermed får bekreftet sine antakelser (Jacobsen 2003). Jeg ønsket å skape rom for en fortrolig samtale slik at informantene følte trygghet for å fortelle sine erfaringer. Samtidig var det viktig ikke å overskride informantenes grenser og krenke deres urørlighetssone (Mevik/Trymbo 2002), og skape dette “rommet av trygghet” mellom nærhet og distanse. Jeg har ikke arbeidet tett sammen med noen av informantene. Ingen ga uttrykk for at intervjusituasjonen ble for “nær”. Informantene fikk fram sine beskrivelser av livsverden og personlig kompetanse i møtet med barn/foreldre. De gjenfortalte historier fra deres kliniske praksis som hadde gjort inntrykk på dem.

4.3.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble avtalt på forhånd. Informantene valgte selv sted hvor de ønsket å bli intervjuet. En ønsket å gjennomføre intervjuet på min arbeidsplass (jeg hadde et “pårørenderom” disponibelt), mens to ønsket å benytte egen arbeidsplass.

Gjennomføringen av intervjuene foregikk uforstyrret. Samtlige hadde fått informasjon om studien via intranett. Ingen ba om å få tilsendt intervjuguiden. Det ble innhentet samtykkeerklæring (Vedlegg 3). Informantene fikk muntlig garanti for at datamaterialet skulle anonymiseres og behandles fortrolig, og bli slettet etter at studien var ferdig.

Den kvalitative intervjuform lå nær opptil en arbeidsform som jeg er fortrolig med i mitt daglige arbeid på akuttmottaket. Her stiller en mange spørsmål for å kartlegge pasientens liv og sykdomshistorie. Det var likevel forskjell på måten en forsker og en “psykiatrisk sykepleier” intervjuer på. Jeg startet intervjuene med å fortelle om meg selv og om studiens hensikt. Her ble det gitt muligheter for oppklaring eller utdyping. Hensikten var å skape en tillitsrelasjon mellom oss slik at en åpen informasjonsutveksling kunne finne sted (Jacobsen 2003). Jeg var bevisst på at det ikke var et likeverdige forhold mellom oss, og at informantene

kanskje trodde at jeg som forsker "visste alt". Dette kunne medføre usikkerhet, og ble viktig å oppklare i begynnelsen av intervjuet, fordi forskeren, ifølge Kvale/Brinkmann (2009), er den part som definerer og kontrollerer situasjonen. Måten jeg møtte informantene på, har følger for hvilken informasjon informantene gir til meg og hvor valid informasjonen er (Nåden/Braute 1993). Samtidig framkom en gjensidig påvirkning mellom oss, også kalt intersubjektivitet, hvor data i forskningssituasjonen samskapes (Jacobsen 2003; Kvale/Brinkmann 2009). Jeg opplevde det uproblematisk å komme med tilleggsspørsmål, og opplevde stor grad av enighet og forståelse om de tema vi samtalte om.

Jeg brukte diktafon under intervjuene. Dermed kunne jeg konsentrere meg om det som ble sagt både verbalt og non – verbalt. Diktafon kan oppleves som et fremmedelement mellom oss. Samtidig vet jeg fra egen erfaring at en etter hvert ikke legger merke til at den ligger på bordet. Bruk av diktafon hadde både fordeler og ulemper. Fordeler var at jeg kunne konsentrere meg om intervjuene, og ikke bekymre meg over å miste viktig informasjon. Ord, tonefall og pauser ble registrert. Ulemper var at det aldri helt kan erstatte inntrykk jeg fikk ved selve intervjuene, som kroppsspråk og ansiktsuttrykk, noe som kan være verdifullt i analysen. Jeg hadde på forhånd tenkt å notere dersom det for eksempel kom tårer eller sukk. Imidlertid opplevde jeg at det ble unaturlig at jeg skrev under intervjuet. Jeg noterte heller mine refleksjoner etterpå.

Under intervjuene var jeg bevisst på at mitt kroppsspråk måtte formidle interesse for informantene, og forsøkte å nikke eller på andre måter vise positivitet til det som ble sagt. Jeg forsøkte ikke å avbryte før informantene hadde snakket seg ferdig om et emne. Avslutningsvis spurte jeg om de ønsket å meddele noe det ikke var spurt om og som det var viktig å få fram. Ved transkribering av det første intervjuet hørte jeg mine avbrytelser slik at jeg la vekt på mindre avbrytelser ved de andre intervjuene. Det gikk noen uker mellom intervjuene, og jeg opplevde derfor en egenutvikling underveis. Jeg var mer kjent med intervjusituasjonen og følte jeg var mer forberedt ved det siste intervjuet enn de foregående. Dette gjorde meg også mer lyttende og tryggere i situasjonen.

Det var beregnet en tidsramme på omtrent en time for hvert intervju. Intervjuene varte fra 38 min til 1 time, og intervjuguidens faste struktur skapte god flyt i intervjuene.

4.4 Analyse

Med en hermeneutisk tilnærming må en reflektere nøye rundt sine egne forutsetninger vedrørende forskningstemaet. Analytiske spørsmål er eksplisitte på bakgrunn av fortolkningen (Kvale/Brinkmann 2009). Min innsidekunnskap gjennom utdanning, erfaringer fra barnearbeid, pilotprosjektet og organisasjonskulturen, økte min bevissthet om viktigheten av arbeidet. Jeg leste mye teori om emnet og hadde tematikken i fokus i ulike sammenhenger. Min forforståelse har jeg tidligere skrevet om. Jeg var bevisst for å være lydhør for andres opplevelser og erfaringer om emnet. Selv om jeg ønsket at min rolle skulle være så nøytral som mulig, var jeg preget av min "bagasje". Samtidig var min forforståelse en viktig betingelse for å forstå tematikken, og relevant for analysering og tolkning av innsamlet materiale.

Den fenomenologiske tilnæringsmåten handler om menneskers livsverden, og setter store krav til meg som forsker. Mevik/Trymbo (2002) uttrykker at når data er innsamlet, er forsker alene om å ta ansvar for sin forståelse og tolkning av samtalen. Jeg tok hensyn til den makt og moralske ansvar jeg har for ikke å skade eller krenke informantene.

Mine erfaringer kunne være en styrke ved at jeg var i stand til å se noe andre kanskje ikke kunne se. Utfordringen ble å unngå at mine erfaringer kom i veien for å se nye, ukjente tanker og problemstillinger som informantene reiste. Det var også viktig ikke å bli "blind" og overse viktige ting. Jeg hadde derimot "blanke ark" om hvilke opplevelser barneansvarlige på andre avdelinger kunne ha. Jeg så fenomenet utenfra. Dette vil, ifølge Holme/Solvang (2004), føre til en dypere og mer fullstendig forståelse. Ulemper ved å forske på eget arbeidssted kan være at informantene følte press til deltakelse eller ubevisst svarte det de trodde jeg ville vite. Ved at forespørsel om deltakelsen kom via intranett og i åpen veiledningsgruppe, opplevde jeg å legge lite press på deltakerne. Det var vanskelig å vite om informantene svarte ubevisst eller ikke.

4.4.1 Transkripsjon av intervjuene

Å transkribere er å overføre en samtale mellom to mennesker som fysisk er til stede, til en abstrahert og fiksert skriftlig form (Kvale/Brinkmann 2009). Jeg transkriberte intervjuene ordrett for ikke å miste informasjon. Ved å høre gjennom intervjuene på halv hastighet flere ganger, kunne jeg tilføye ord jeg ikke hadde fått med tidligere. Strengt ordrette transkripsjoner er nødvendige. Det inkluderer pauser, gjentakelser og tonefall (ibid.), noe som jeg gjorde til å begynne med. Etterpå tok jeg bort alle "hm, mm" og pauser, for at teksten skulle komme tydeligere fram. Etter hvert som intervjuene ble transkribert, ble informantenes anonymitet sikret ved og nummere intervjuene. Jeg anvendte bokmål, som jeg er mest fortrolig med. Selv om informantene brukte dialekt, opplevde jeg ikke at informasjon gikk tapt. Ordlyden ble derimot noe ulik. Bokmål beskyttet også informantene slik at stoffet ble mindre gjenkjennbart. Transkriberte intervjuer ble brukt som kilde til direkte sitater i studiet, og ble satt i hermetegn. Jeg fikk tilstrekkelig skriftlig materiale til å gjennomføre en god analyse av innhentede data. Likevel fikk jeg ikke fram visuelle aspekter når informasjonen gikk fra muntlig til skriftlig form. Ved å ha notert egne betraktninger, håpet jeg å få fram noen opplevelser jeg hadde "ansikt til ansikt" med informanten. Jeg lyttet til intervjuene og leste teksten samtidig for å få et tilbakeblikk i den personlige og dynamiske interaksjonen.

Jeg anvendte digital opptaker, og oppbevarte opptakene i låsbart skap.

Samtykkeerklæringen fra de tre informantene som deltok i studien, ble levert Universitetet i Stavanger og låst inn i skap. Dataene slettes i samsvar med retningslinjene for å ivareta taushetsplikten.

4.4.2 Analyse av datamaterialet

Analyse og tolkning av empirien har vært både spennende, utfordrende og tidkrevende. Spennende fordi jeg ikke har gjort det tidligere. Det var viktig å få med alt informantene sa. Utfordrende fordi jeg måtte finne en meningsfull metode som jeg kunne anvende til å analysere datamaterialet med. Arbeidet var tidkrevende fordi det tok lengre tid enn jeg trodde på forhånd. Intervjuene fra de tre informantene ble gjennomlest mange ganger, og

har vært retningsgivende for analyse- og tolkningsprosessen. Flere ganger har jeg spurt meg om hva teksten egentlig fortalte og hvilken mening den ga. Tolkningsprosessen har bestått av faser. Flere ganger har jeg gått fra helheten til delene og tilbake igjen, som i en hermeneutisk sirkel mellom nærhet og distanse til teksten. Denne prosessen pågikk gjennom hele studien, som en spiral. Den har gitt meg en ny innsikt jeg ikke hadde før studien startet.

Jeg ønsket å utvikle kategorier som ga god beskrivelse av informantenes formidlinger. Etter nærmere vurdering av teksten, lot jeg meg inspirere av Kvaales (2001) trinnvise tolkningskontekster, nemlig selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse.

“Selvforståelse” er en generell oversikt over informantenes egne ord og setninger. Her forsøkte jeg å fortette det som informantene selv hadde oppfattet var meningen i uttalelsene sine. Tekstmaterialet ble analysert og kategorisert ved og ”klippe/lime” uttalelser som kom fram i teksten og passet under forskningsspørsmålene i intervjuguiden. Slik fikk jeg oversikt over hva informantene hadde sagt om samme tema, og kunne sammenlikne svarene.

“Kritisk forståelse basert på sunn fornuft”, var at jeg forsøkte kritisk å tolke uttalelsens innhold fordi jeg ønsket en bredere og økt forståelse enn informantene hadde om de tema som ble tatt opp. Samme fenomener ble undersøkt flere ganger for å bestemme den beste plasseringen gjennom å fortette innholdet og trekke ut tema. Etterpå arbeidet jeg med å få fram essensen i materialet gjennom systematisk å tolke meningen materialet ga “på tvers og på langs”. Det ble laget nye kategorier for å sammenlikne data og trekke ut samsvar og ulikheter. Kategoriene ble til underveis i arbeidet med analysen. Jeg opplevde det vanskelig og ikke blendes av egen forforståelse da jeg tok steget over til analytiske spørsmål. Prosessen med å se materialet på “tvers og langs” opplevde jeg som nokså krevende.

I “teoretisk forståelse” koblet jeg uttalelsene ytterligere ved å bruke relevant teori. Målet med analysen har vært å finne meningsbærende enheter og systematisere arbeidet mot tidligere forskning og relevant litteratur. Svarene hadde flere sammenfallende synspunkter, men informantene hadde også ulike erfaringer og vektla ulike perspektiv. Jeg tok utgangspunkt i meningsbærende enheter fra svarene informantene ga og som innholdsmessig hørte sammen ved hjelp av setninger og avsnitt. I materialet var det to typer

empiri; det som kom gjennom intervjuguiden, og historier som hadde gjort inntrykk på informantene og som skapte en virkelighetsforståelse. Historiene ble som “en historie i historien”. De er i studien brukt som tekst for å belyse det barnefaglige arbeidet og ulike utfordringer og dilemmaer barneansvarlige kan møte i deres virke. Et par historier hadde utfordringer som er utdypet i diskusjonsdelen.

4.5 Gyldighet og pålitelighet

Gyldighet eller validitet handler om hvorvidt en intervjustudie undersøker det den er ment å skulle undersøke (Kvale/Brinkmann 2009). Malterud (2003) hevder validitet handler om at kartleggingen gjennomføres på en måte som er relevant for formålet, at det skal gjøres i planleggingsfasen og underveis i alle ledd i forskningsprosessen, og være overførbart. Er studien gyldig? Mitt mål er at leseren skal stole på at kunnskapen er innhentet på måter som tilfredsstillende krav til en systematisk kvalitativ vitenskapelig undersøkelse, og ikke fri fantasi og tilfeldige historier (ibid.).

Pålitelighet eller reliabilitet henviser til hvor pålitelige resultatene er, og har med forskningsresultatene konsistens å gjøre (Kvale/Brinkmann 2009). Er studien gjennomført pålitelig? Jeg har gjort en grundig redegjørelse av hele prosessen i studien og gitt leser tilgang til den. Jeg har valgt forskningsdesign ut fra valgte emne, fremlagt begrepsavklaringer, fått informanter ut fra inklusjonskriterier og utarbeidet intervjuguide som ble brukt til samtlige informanter. Intervjuguiden var strukturert for å hindre påvirkning av meg. Jeg brukte bevisst "vanlige" ord og ikke fremmedord, slik at informanten skulle forstå hva jeg spurte om. Underveis i intervjuene hadde jeg spørsmål som "hva mener du med...?" "er det slik å forstå...?" for at meningen skulle komme klarere fram. Intervjuene ble som nevnt tatt opp med diktafon for å sikre at all informasjon ble tatt med, og for å kunne ha mulighet til å gå tilbake og kontrollere uklarheter. Transkriberingen ble gjennomført nøyaktig.

4.6 Forskningsetiske vurderinger

Kvale/Brinkmann (2009) hevder etikk har grunnleggende betydning for intervjuforskning, hvor etiske problemstillinger finnes gjennom hele intervjuundersøkelsen. Å få innblikk i andre menneskers livsverden, krevde av meg som forsker at jeg ivaretok informantene på best mulig måte. Mottatt informasjon ble behandlet etisk forsvarlig. Etiske hensyn var rådende og styrende i alle deler av studien. Informantene ga av sin tid, og det ble forventet at jeg gjorde noe med meddelt informasjon. I samtykkeerklæringen (vedlegg 3) framkom frivillighet til deltakelse, at informantene på ethvert tidspunkt kunne trekke seg fra studien uten at det medførte konsekvenser for dem, og at innsamlet materiale ble makulert. Konfidensialiteten overfor informantene og stedet forskningen ble utført ved, var til stede i hele prosessen. Det ble vurdert mulige konsekvenser studien kunne innebære for informantene, som press til deltakelse, stress og endret selvbilde. Formålet med studien var ikke bare av hensyn til den vitenskapelige verdien, men også av hensyn til barneansvarliges opplevelse av mestring. Det vil likevel være en mulighet for at informantene kjenner seg igjen i materialet. Det er mitt etiske ansvar å rapportere kunnskap så sikkert og verifisert som mulig.

Studien hadde ikke behov for godkjenning fra REK. Alle studier som involverer informanter, har meldeplikt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Prosjektbeskrivelse ble sendt, og jeg fikk klarsignal til å starte studien 19. november 2010 (Vedlegg 4).

5.0 RESULTATER

Resultatene bygger på intervjuer med tre informanter, som også ble bedt om å fortelle historier som har gjort inntrykk fra deres hverdag som barneansvarlige. Historiene gir kliniske illustrasjoner på deres virksomhet. Hovedinntrykket fra intervjuene er at det barnefaglige arbeid er i en positiv utvikling som er satt på agendaen ved det psykiatriske sykehuset jeg foretok min forskning ved. Resultatene forteller at kompetanseopplæringen har ført til en utviklingstrend i psykisk helsevern mot en større forståelse av barns behov, hvor barnas opplevelse av foreldrenes sykdom settes i fokus.

Resultatene presenteres i følgende kategorier:

- Informantene var allerede ildsjeler når det gjaldt omsorg for barn
- Kompetanseopplæringen var inspirerende og førte til bedre mestring
- Lovbestemmelsene har ført til økt kvalitetssikring av det barneansvarlige arbeidet
- Det har vært økt mestring av barne- og foreldresamtalen
- Det har vært økt fokus på kunnskapsformidling til helsepersonell

5.1 Informantene var allerede ildsjeler når det gjaldt omsorg for barn

Informantene hadde opplevd en stor utvikling i det barnefaglige arbeidet ved psykiatrisk klinikk. Selv om det tidligere hadde vært enkelte helsepersonell som ønsket å sette barnearbeid på dagsorden, ble de ikke hørt. Informantene tilhørte de som hadde sett betydningen av å fortsette arbeidet med barnesamtaler i voksenpsykiatrien, på tross av noe motstand og lite støtte fra avdelingsledelsen. Følgende ytringer var ikke uvanlige;

“.. sukk og stønn... skal vi ha den oppgaven og?”

To informanter ble for omtrent ti år siden spurt av avdelingsledelsen om de kunne ha barnearbeid som sitt ressursområde, fordi de framsto engasjerte i pårørendearbeid. Dette kan forstås som en positiv utviklingstrend i det barnefaglige arbeidet. Tidligere var tradisjonen på sykehuset å hilse på barna og ønske dem velkommen uten at en tenkte over viktigheten av å samtale med barna for deres egen del. Informantene fortalte;

“Vi så dem og sa hei og hallo, så fin du er, vil du ha noe saft.. og det var ikke rom eller tanke for at det var så viktig med hvordan det var å være det barnet”.

Samtlige informanter hadde praktisert som barneansvarlige lenge før arbeidet ble lovpålagt. De hadde tidligere deltatt på flere seminarer og kurs, og fått grundig teoretisk forståelse og praktisk opplæring blant annet gjennom organisasjonen “Voksne for Barn”. Informantene opplevde å mestre arbeidet, og fikk gode tilbakemeldinger fra barn som fortalte dem at det var godt at noen visste hvordan de hadde det. Informantene beskrev seg selv som ressurspersoner i avdelingen, og uttrykte at barnesamtaler var innlemmet som en naturlig del av deres daglige arbeidsoppgaver.

..” (jeg) brant for dette lenge før.. kurset kom”.

“.. kjenne at det er min gate, så er det ikke så tungt, men det er mer kjekt”.

Etter at lovendringen kom, hadde det barneansvarlige arbeidet blitt mer et ansvar for alle, ikke bare for de som hadde drevet barnefokusert arbeid noen år. Informantene ønsket å gi et optimalt tilbud til barn som pårørende, og opplevde arbeidet som viktig. De uttalte at dersom barna og forelderen ble møtt med omsorg, kunne en ikke gjøre så mye feil. Samtidig

satt de igjen med inntrykk av ikke å kunne frata barna alt det vonde, men kun åpne opp for at barna ble sett og lærte nye måter å takle det vonde på.

“..for.. de må jo leve med ei mor som enten er alkoholiker eller psykisk syk, det er jo vondt. Men vi kan hjelpe dem bittelitt med å åpne opp for hvor viktig det er å snakke om det”.

“Når foreldrene får en ny diagnose og det blir litt sånn jordskjelv hjemme, er det jo veldig vanskelig..”

Følgende historie som hadde gjort inntrykk ble fortalt av en informant;

Mor hadde en bipolar lidelse. Hun hadde sluttet å ta litium slik at hun ble manisk og var dårlig fungerende da hun ble innlagt. Hun hadde to flotte gutter som fortalte at de var helt sikre på at det var deres skyld at mor var syk fordi de hadde kranglet så ofte. Moren hadde sagt at de gjorde henne syk med all kranglingen. Informanten formidlet at det var vanvittig hva voksne av og til kan si. Hun fortalte at hun også hadde barn. Det kan hende at hun, en gang barna kranglet mye, hadde sagt til dem at hun ble sprø av kranglingen deres. Imidlertid kan hun ikke bli sprø eller syk av barns krangling. Deretter informerte hun barna om at mor var blitt syk fordi hun sluttet å ta medisinene sine. Hun sammenliknet mors sykdom med diabetes. Dersom de som har sukkersyke slutter å ta sukkersyketablett, blir de også syke. Videre forklarte hun dem at når mor igjen begynner å ta medisiner, vil hun bli bedre.

Samtlige informanter hevdet at avdelingene var tilrettelagt for barnesamtaler. De disponerte egnede rom, enten på egne kontorer eller i avdelingen. Noen hadde planer om å investere i nye leker. To informanter vektla at barna skulle bli aktiviserte i tillegg til å ha samtaler med dem. En praktiserte å bruke effekter fra kunstterapi, slik at barna fikk tegne på tavle, pusle eller lage bok med klistremerker. En annen pleide å ta barna med til aktivitetsrommet som en avslutning på barnesamtalen. Der fikk barna utfolde seg og se en annen del av sykehuset, noe som kunne være godt fordi barna ofte fortalte positive ting om forelderene. En kommenterte en samtale slik;

“fysisk aktivitet er viktig... ja, da kommer det mange ganger fram at far min han liker å spille fotball han, han trener jo meg forresten når han er frisk, så kan en snakke om positive sider ved far, om det friske. Det er kjempeviktig å formidle det til ungene. ... Det ungene er stolte av. De er ikke stolte når far ser helt syk ut..”.

En av informantene fortalte om en avdeling som hadde 25-30 barn å konsentrere seg om, men hvor ikke alle foreldre hadde fullt samvær. Der ble det holdt forelesninger og vist video om foreldre/barn relasjon i pasientgrupper. Avdelingen arrangerte også pårørendekvelder som gikk over to timer, og som var lagt opp til å være barnevennlig. Barna fikk anledning til å benytte kunstterapirom hvor de kunne tegne og male sammen med personalet. De kunne også være i gymsalen for spill og annen fysisk aktivitet. Både foreldre og barn opplevde tiltaket positivt.

“De ungene som er med, sier som regel at de har lyst til å komme igjen, eller at de også har lyst til å gå der når de blir voksne. Det er ett av to, og da tenker jeg at vi har truffet ganske godt”.

En av informantene gjenga en historie som hadde gjort inntrykk;

“Gutten blødde neseblod hele seansen, og blødde så voldsomt at det er en av dem jeg husker. Han klarte verken snakke, eller bidra, så da sa jeg at nå skal jeg fortelle bittelitt til deg, og så trenger ikke du si noe. Hvis du har lyst til å si noe, kan du det, men du trenger ikke. Så ga jeg han tegnesaker, og så tegnet han en vanvittig stor mor og to søsken som var på normalstørrelse og en kjempeliten far. Han tegnet familiescenariet sitt, og blødde sånn i nesen. Med den ene hånda holdt han (et) lommetørkle, og med den andre hånda tegnet han. Han var veldig redd faren, for faren var på en måte uteblitt. Jeg tenkte at hvor er du i dette trykket? Slike ganger har jeg tenkt at det er vanskelig å være barneansvarlig så lenge det ikke er behandling. I utgangspunktet skal du bare ha en samtale, og så stopper det der. Så lenge det er noen som vekker noe mer, men du har bare et øyeblikksbilde, så det kan være alt eller ingenting. Så det er et dilemma en står i”.

En informant ønsket at skillet mellom psykiatriske og somatiske lidelser ble utvisket, slik at lidelsene ble mindre skam- og tabubelagt. Informantene beskrev barnas skyld- og skamfølelser som sterke følelser det var viktig å befri dem fra;

“Jeg møter ungdom som er så kuet at de bare sier ja og nei og det er jo bekymringsverdig”.

“Ei jente på elleve år som hadde det vanskelig i forhold til venninner, for det var så synlig at mor var syk. Da de spurte hva som feilet mor, så visste hun ikke hva hun skulle fortelle dem”.

5.2 Kompetanseopplæringen var inspirerende og førte til bedre mestring

Kompetansehevingsprogrammet ble erfart som god opplæring og prioritering fra sykehusets side. Informantene gjennomgikk kompetanseopplæringen for å øke egen kompetanse til å gjøre et bedre barnefaglig arbeid, og hadde hatt personlig vekst. De opplevde å få lærdom gjennom økt teoretisk kunnskap, rollespill og veiledning. På disse faglige samlingene ble innslag fra brukere trukket fram som spesielt nyttig, og det ga dem økt energi til å arbeide videre. Ved å få innblikk i andres erfaringer, lot de seg fortsatt følelsesmessig berøre. Informantene fortalte at de hadde fått tilbakemeldinger fra flere nye barneansvarlige om at kompetanseopplæringen, med bruk av ulike virkemidler, fungerte godt pedagogisk.

“Å få være med på dette kurset var utrolig matnyttig for meg, selv om jeg har hatt en rolle som det...”

Informantene hadde også mulighet til å benytte åpen veiledningsgruppe til å ta opp og drøfte vanskelige problemstillinger som oppsto i det barnefokuserte arbeidet. En informant sluttet i veiledningsgruppen fordi hennes opprinnelige gruppe ble oppløst. To informanter valgte å fortsette i veiledningsgruppen fordi de opplevde det viktig å ha arenaer og treffe andre barneansvarlige og dele erfaringer. Det ble uttalt;

“kjempeviktig at det fortsetter og ikke dør ut. At det er kanaler (hvor) vi kan møtes og dele erfaringer og holde det oppe... det er lovpålagt og da er det liksom litt greit.”

To informanter fortalte at noen barneansvarlige hadde uttalt i veiledningen at det å ha samtaler med barn var en terskel å komme over. Informantene mente det kunne vært nyttig og hatt flere rollespill på selve gjennomføringen av denne type samtale i kompetanseopplæringen. Alle informantene hevdet at det var enkelt å samtale med barn, men at det krevde noe trening. En informant syntes det var lettere å samtale med ungdommer enn med barn. Innimellom kunne denne type arbeid være tungt, og en uttalte at dersom hun ikke hadde fått positive tilbakemeldinger på barnearbeidet, ville hun mistet gleden ved å gjøre en god jobb.

“..det er veldig tilfredsstillende når de (barna) gir uttrykk for det både i slutten av samtalen og at dette har vært greit, for selvfølgelig så er det tunge samtaler for meg også”.

Informantene opplevde det viktig at de fikk "påfyll" gjennom inspirasjonsdager og kurs. De hadde mulighet for å gå på relevante kurs og veiledning om det var ønskelig, og fikk avspasere time for time for det. Likevel hadde avdelingene ulik praksis. På en avdeling ble ikke begge barneansvarlige prioritert til å delta på inspirasjonsdager eller kurs, noe informantene opplevde som "kipt". Hun argumenterte for at alle barneansvarlige burde hatt mulighet til å gå på inspirasjonsdag som skal inspirere til fortsatt barnearbeid.

"..påfyll er kjempeviktig når vi driver med dette, slik at en ikke bare stamper imot.. få et kurs for eksempel.. det er jo for avdelingen, om en er engasjert selv også"

"Jeg forstår jo det stramme budsjettet. Økonomien".

En informant brant for "systembevaring" fordi det var ulik praksis om barnefokuset arbeid blant hennes kollegaer. Med "systembevaring" mente hun systematisk å kartlegge om barnesamtaler var gjennomført, med høyde for diskusjoner og begrunnelser dersom de ikke var gjennomført. En annen fortalte at ikke alle avdelinger hadde kommet like langt med iverksettelsen av barnesamtaler. Den tredje formidlet at det under veiledning hadde kommet fram at det fantes avdelinger som ikke engang hadde startet arbeidet.

"..egentlig er på sin plass at det er avviksmeldinger hvis ikke dette arbeidet blir gjort. Det burde være med og styrke, hvis det blir meldt noen avvik da".

Informanten fortalte en historie som hadde gjort inntrykk på henne;

Pasienten hadde hatt angstproblematikk i mange år. Han kom fra en ressurssterk familie, var intellektuell oppegående og hadde tre jenter. De to eldste på 17 og 18 år hadde begynt å gå ut på egen hånd, mens den yngste på 12 år var blitt fars barnevakt. Ved å si "kan ikke vi finne på noe?", overførte han sin smerte til henne. Hun ble sittende hjemme med far om kveldene når mor var på jobb, og tok ansvar som en liten voksen. De eldste jentene gjorde inntrykk på informantene, fordi de fremsto bevisste og sa de ønsket å leve egne liv og ikke orket å besøke faren daglig. Informanten ga dem støtte på at de hadde lov å leve sine egne liv, noe som gjorde det vanskelig for den yngste. Tårene rant fordi hun syntes de snakket så stygt om faren. Så reflekterte de litt rundt det, og informantene opplevde at alle hadde godt utbytte av samtalen.

Etter noen år ble faren utsatt for en ulykke og ble fysisk veldig redusert. Han mistet taleevnen slik at han snakket rart, og satt i rullestol. Foreldrene ble separert. Den yngste hadde nå begynt på videregående. Hun kontaktet informanten fordi hun hadde et dilemma som gjorde henne deprimert. Klassen skulle ha en forestilling og ble bedt om å invitere familien sin. Jenta hadde lyst til å skille mellom skole og hjem, og ha skolen for seg selv. Hun ønsket at denne dagen skulle være kjekk for henne. Da fikk hun problemer med hvem hun skulle invitere. Hun hadde ikke lyst at far skulle komme, for det ble synlig for alle at han var syk. Hun ønsket å slippe og forklare hva som feilte ham. Informanten samtalte med henne om viktigheten av å ta et valg som ble riktig for henne, uten å ha dårlig samvittighet for det. Andre voksne i familien måtte støtte henne på valget hennes. Jenta opplevde det som et godt råd hun kunne ta med videre.

5.3 Lovbestemmelsene har ført til økt kvalitetssikring av det barneansvarlige arbeidet

Informantene praktiserte først å ha samtale med pasienten for å avtale tid for samtale med barna. I samtalen ble det vektlagt for pasienten at det kunne være en positiv opplevelse for barnet å få tilbud om samtale med barneansvarlig på sykehuset. Foreldrene ble informert om hvilke tema informantene skulle samtale med barnet om, slik at barnet skulle slippe å gjenta det for foreldrene. Noen av foreldrene kunne hevde at barna ikke hadde sett eller opplevd noe hjemme forut for innleggelse, noe informantene ofte stilte seg undrende til. Dersom pasienten vegret seg for å tillate barnesamtale, opplevde informantene at det kunne handle om redsel eller uvitenhet. Da var det viktig å trygge pasienten på hva samtalen handlet om, og med jevne mellomrom ta opp hvor viktig den var. Informantene mente at arbeidet med pasientens motivasjon handlet om tid, relasjon og prosess, hvor spørsmålet om en eventuell samtale måtte modnes. En hadde brukt Glistrups "det barnet ikke vet.." som motivasjonsfaktor i arbeidet;

"så kom hun på slutten, nærmest som en krampetrekning rett før hun skulle slutte og sa at jeg har ombestemt meg og har lyst til at de (barna) skulle komme allikevel. Det var en sånn på tampen samtale som jeg hadde sett for meg at vi ikke skulle få til".

Informantene vektla et fleksibelt opplegg for samtaler ved å la barna selv bestemme hvilken voksen de ønsket å ha med i samtalen. Det viktigste var at barnet skulle bli trygg på å møte en fremmed person på sykehuset. Barna kunne for eksempel ha med seg mor, far, besteforeldre og fosterforeldre i samtalen. Informantene hadde ulike erfaringer med det;

"... foreldrene snakket for barnet hele tiden, sikkert av nervøsitet, redde for hva vedkommende skulle si..."

Når barnets pårørende gjennom å være deltakende i samtalen hadde trygget barnet, praktiserte informantene å samtale alene med barnet. Her spilte alder en rolle. Hvis barna var små, rundt 2 til 4 år, praktiserte en informant å delta i leken og observere samspillet mellom forelderen og barnet. En annen hadde opplevd at ikke alle barn/ungdommer hadde lyst til å samtale med dem, men hennes erfaringer viste at samtaler ofte ble bedre enn barnet/ungdommen hadde trodd på forhånd. En tredje mente at også myndige barn som

bodde hjemme, burde fått tilbud om samtale. To av informantene la vekt på at det som ble sagt i samtalen, ikke skulle bli snakket om andre steder, slik at barnet kunne samtale åpent. Informantene hadde erfaringer med at eldre barn og ungdommer ofte ønsket samtale alene fordi de var friere og kunne ha behov for å få ut følelser som sinne, frustrasjon, skyld og skam uten at den av foreldrene som var pasient var til stede.

“.. hun hadde måttet være den voksne, så da var det min oppgave.. å la henne få det ut...”

Informantene fortalte at avdelingens behandlingsmøte ble brukt som arena til å ta opp om nyankomne pasienter hadde barn med behov for samtale. Behandlingsmøtet var også arena til å ta opp om pasienten var i stand til å delta i barnesamtalen, eller om han/hun var for syk til det. En trakk fram følgende erfaring;

“... person som er helt psykotisk, (og) paranoid og tror det skal bli sagt noe hemmelig, eller at barnet skal avsløre noe, (da) roer vi pasienten med å si at det ikke er et intervju, men at vi er innom visse tema som vi ser går igjen og som er viktige for barn og ungdom... og det roer pasienten. Men er pasienten så pass at han kan være med, så får pasienten det”.

En av oppgavene til informantene var å fylle ut kartleggingskjemaet dersom det ikke var gjort på akuttmottaket. Etter barnesamtalen noterte de under logoen “barnenotat” om samtalen hadde vært eller ikke, og hvem som deltok. Ingen av informantene skrev noe fra selve samtalen, siden det var foreldrenes journal og de hadde mulighet til å lese den. En informant fortalte at hun noterte hvis hun hadde tatt kontakt med helsesøster eller barnevern. Foreldre ble først selv anbefalt å ta kontakt med primærhelsetjenesten dersom det viste seg at barnet hadde behov for mer enn en samtale. En informant uttalte;

“..barn skal ikke gå til samtale flere ganger på sykehuset,.. kan få de samtalene på den arenaen de naturlig oppholder seg på, hos helsesøster, eventuelt barnehagepersonell.”

Samtlige informanter hadde gode erfaringer med å kontakte andre instanser for å ivareta barna, og hadde samarbeidserfaringer med barnehage, skole, helsesøster og barnevern. De opplevde samarbeidet som viktig, men savnet tettere samarbeid om de tyngste lidelsene. Det ble også etterlyst økt kunnskap om dette i opplæringsprogrammet.

Samarbeidet ble kommentert slik;

“..(en) liten prosentandel det var som ble meldt eller sendt videre i forhold til skole og barnehage, der jeg i de tilfeller tenker det er nødvendig å alltid ta det opp i samtale med foreldrene”.

“Det er viktig at de på skolen også vet at barnet er i en vanskelig situasjon og at det kanskje bruker en del tid til å tenke på mor som er på sykehuset, (så det er) greit lærerne vet det”.

En historie som har gjort inntrykk, illustrerer viktigheten av å være åpen om hjemmesituasjonen på skolen;

To naboer var innlagt samtidig. De hadde to 8 -9 år gamle jenter som gikk i samme klasse. Informanten hadde avtalt å samtale med dem lørdag formiddag. Da den ene jenta hadde hatt samtale, sa hun: *“jeg vet du skal snakke med NN etter meg... for hun har sagt det, for faren hennes ligger jo også her som moren min ligger”*. Den barneansvarlige hadde svart *“javel..”*, men ble helt satt ut. Dette var to friske jenter som var åpne om det og hadde snakket om det på skolen. Informanten synes det var flott at de turde dele det med noen. Hun sammenlikner denne åpenheten med barneansvarlige som i samtale sier *“ville ikke du satt pris på hvis kompisen din sa eller betrodde deg at nå er min mor dårlig, som en tillit? Sånn vil det være hvis du også kan fortelle bestekompisen din at akkurat nå har du det ikke så bra, for det er ingen som har det helt bra når mor er på sykehuset”*.

5.4 Det har vært økt mestring av barne- og foreldresamtalen

Informantene hadde som utgangspunkt at foreldre alltid ønsket det beste for barna sine, men at de på grunn av sykdom ikke kunne ivareta foreldrerollen på samme måte som tidligere. En informant trakk fram det positive ved at pasienten så sin begrensning gjennom selv å ta kontakt med sykehuset for at det ikke lenger skulle gå utover barna i familien.

“..(foreldre) er jo i avmakt på så mange ting når (de) er satt ut av spill med sykdom å (kunne) godta det og føle at de er like gode foreldre om de (ikke) akkurat i dag evner alt. Faktisk er det en ressurs i deg at du har valgt å komme på sykehuset og få hjelp. Dermed kan foreldrene i stedet for.. å føle seg (små) i selvbilde når de er syke, bli snudd til noe positivt at (det) er flott at mor er her og kan ta imot hjelp... (og foreldre) kan få selvfølelse...”

Informantene hadde ulike erfaringer fra samtalene med foreldre om foreldrefungering. En informant trakk fram kunnskaper hun hadde om foreldrefunksjoner, som at barnet ble tillagt for mye ansvar i forhold til sin alder. Denne kunnskapen brukte hun aktivt i samtaler med foreldrene. En annen informant fortalte om vanskeligheter ved å samtale om foreldrefungering dersom pasienten hadde en grunnleggende problematikk fra før, at han/hun var skadet og hadde lite knagger å henge informasjonen på. Da begynte hun tidlig i behandlingen å samtale med pasienten om den viktige foreldrerollen, og holdt det oppe som en “varm potet” i behandlingen.

“..det er en prosessak som går over timer der vi jobber mye med foreldreveiledning”.

“spesielt mannlige pasienter har sagt det var veldig kjekt å få den samtalen fordi nå lærte jeg noe som jeg ikke har tenkt over”.

“De er jo like mye foreldre ... for de skal jo hjem til ungene.. etterpå”.

To av informantene hevdet at det kunne være belastende eller stressende for syke foreldre å delta i samtale. Informantene fortalte at noen pasienter hadde reagert dersom det ble “pirket borti” deres foreldrefunksjoner. En informant hevdet å ha gitt foreldre en ny sjanse i å mestre foreldrerollen, fordi barna hadde fått anledning til å samtale om følelser eller vanskelige episoder forut for innleggelse. Dermed var det lettere å samtale om følelser hjemme. Informantene opplevde det hadde stor betydning for pasientens sykdomsforløp at

barna ble sett, og at de kunne være med å hjelpe en hel familie ved å få innblikk i hvordan familien fungerte. Ellers kunne det bli liggende der som noe problematisk når forelderen skulle hjem igjen.

“(foreldre).. har sagt at de får en ny sjanse ved at de ser at ungene blir bedre ivaretatt.. en kjempegevinst, ja”

“Far mente sønnen ikke trengte samtale... for.. sønnen aldri hadde sett han deprimert. Han var veldig deprimert, men når han fikk.. de depressive turene, så gikk han inn på rommet sitt og ble værende der. Og jeg tenkte i min fortvilelse på hva denne gutten må ha senset i det hjemmet at nå er ikke far i stuen, han er der...”

Samtlige informanter hadde hatt erfaringer med at foreldre ikke ønsket at barneansvarlige skulle ha samtale med barna. De hadde også erfaringer med at foreldre gjorde avtale om barnesamtale og ikke møtte. Dette ble forklart som fortvilte situasjoner for familiene. Informantene hadde et ønske om at ingen foreldre skulle nekte når barneansvarlige ønsket å samtale med barna deres, men oppleve det som en naturlig del av ivaretakelsen av barna. Informanten kom med følgende eksempel på erfaringer;

“Mor var innlagt, hun var ganske dårlig og psykotisk. (Det var) skjedd ting forut for innleggelsen; drama, og hun ble hentet av politi. Denne faren, en oppegående mann, nektet, var overhodet ikke interessert i at vi skulle snakke med datteren. For han hadde sagt at mor lå på sykehuset og hadde brukket armen. Også brukket armen! En arm ville du jo... For hun (datteren) hadde ingen mén og ville aldri forstå det. Hva har ikke dette barnet ant og senset av alt som foregikk før innleggelsen? Han hadde en god stilling, ikke at det skal bety noe, men han burde ha skjønt det, men det var låst. ”

“Psykiatrien har gjort nok vondt for meg om ikke ungene mine også skal oppleve det. Dette var en sterk person med en personlighetsforstyrrelse. Datteren på 16 år fortalte at alle var redde mor og ingen turde si henne imot. Mor hadde tre barn, og den eldste sønnen hadde vokst opp hos mormor og morfar. Denne jenta misunte broren som fikk bo hos mormor og de, for hun ble barnevakt for den yngste broren, og litt tjener for mor.”

En informant opplevde det tøft om forelderen nektet barnesamtale og hun visste at pasientens barn ville hatt utbytte av samtalen. Hun hadde opplevd følgende;

“... som en tornadovind som starter når en begynner å snakke om følelser..”

En informant henviste til loven som uttrykker at den friske forelderen kan gi samtykke til barnesamtale dersom den syke ikke tillater det, og at en har mulighet til å kontakte denne forelderen. Samtalevegring kunne også forklares gjennom pasientens dårligere erfaringer fra egen barndom med sine foreldre. Informantene hadde opplevd at pasienter hadde uttalt at de selv skulle hatt samtaler som barn fordi de kjente temaene fra egne liv.

“..nå har skuta gått, dette skulle vi ha gjort for mange år siden. Det er litt for sent.”

Noen foreldre hadde misforstått hva samtalen handler om;

“Vi hadde en pasient som hadde ligget i en sykehusseng hjemme i stuen ved siden av tv i tre år, og hun gledet seg til hennes to tenåringsbarn skulle komme til meg, så endelig noen kunne fortelle dem sånn at de kunne skjønne hvor vanskelig mor hadde det. Det er tungt det, for barn i puberteten”.

Etter samtalen fikk barna tilbud om å ta kontakt via telefon om de hadde behov, men det var sjelden nødvendig. En informant forsikret seg alltid om at barnet hadde en samtalepartner når det kom hjem. Hun formidlet kanaler barnet kunne anvende senere, som den friske forelderen, venner eller lærer. Hun opplyste barnet om kommunale barnegrupper hvor barn med omtrent samme problematikk deltok.

5.5 Det har vært økt fokus på kunnskapsformidling til helsepersonell

Samtlige informanter opplevde at kompetanseopplæring og lovendring hadde gitt økt fokus på barn av psykisk syke i voksenpsykiatrien. Barneansvarlige ble ansett som ressurspersoner i avdelingene, og barnesamtalene var blitt implementert som arbeidsrutine. Informantene benyttet ulike måter til å veilede og undervise annet helsepersonell på. Det ble gitt en- til- en undervisning til alle nyansatte, kollegaveiledning om det oppsto vanskelige situasjoner, og personalmøter ble brukt som arena for å gi undervisning om den barneansvarliges funksjon.

En informant hadde erfaringer med å ha barnesamtaler både på avdeling og poliklinikk, og hun sammenliknet arbeidet. Hun fortalte at hos pasienter i poliklinisk behandling var ofte andre instanser inne med barnefaglig arbeid fra før, mens det på vanlige avdelinger ofte var barneansvarlige som startet det barnefaglige arbeidet.

Avdelingene hadde ulik praksis på hvem som hadde barnesamtalene. To avdelinger praktiserte at primærkontakt hadde ansvar for at barnesamtalene ble holdt, enten ved selv å ha samtalene eller delegere ansvaret til avdelingens barneansvarlige. Der primærkontakt selv hadde samtalene, var det ikke alltid arbeidet gikk av seg selv, slik at informantene måtte minne dem på oppgaven. En avdeling praktiserte at den barneansvarlige hadde alle barnesamtalene. Selv om avdelingen skulle ha to barneansvarlige, opplevde informanten å stå igjen alene gang etter gang. Dette relaterte hun til en kvinnedominert arbeidsplass, hvor den andre barneansvarlige var i permisjon, ekstra permisjon, sluttet eller ikke var like engasjert. Hun opplevde det vanskelig ikke å ha noen å dele arbeidet med, og at det var krevende stadig å måtte lære opp nye til å tørre å ha barnesamtalen. En situasjon var at mange barn kom på besøk til foreldre på kveldstid og ville ha hatt nytte av å bli tilbudt barnesamtale på kvelden. Det hendte at det øvrige personalet som var på vakt var lite villige til å påta seg oppgaven.

“Jeg sier på undervisningen at alle skal kunne ta disse samtalene, det er ikke nødvendigvis de barneansvarlige som skal ha samtalen.. For sånn som det er nå (er) at alle sykepleiere tenker å, ja det er barn, og så har de meg, og så kobler de ut”.

“Jeg har tro på relasjon, og tror det er veldig bra at vi har valgt den modellen vi har, at hver enkelt (behandler) sørger for sine, og at vi (barneansvarlige) heller kan bidra på sidelinja hvis det er noe de er i tvil om”.

“Noen kan gjerne tenke at det er litt sånn barnehagepolitikk, når en er borti og pirker i andre sin jobb. Det er kjempeviktig at det er noen som passer på at det hele tiden er oppe og går, for det går ikke av seg selv sånne ting”.

Fordelen med å være to barneansvarlige som kunne dele på arbeidet, ble poengtert. Når barneansvarlig arbeidet turnus og tidvis satt på skjerming, var hun ikke alltid like oppdatert om pasientene. Da hadde kanskje den andre barneansvarlige mer informasjon. En informant fortalte at mange kompliserte saker hadde behov for å bli diskutert når en arbeidet som barneansvarlig, uten at det alltid var klare svar. Hun fortalte en historie om barna til pasientens søster. Den hadde gjort inntrykk på henne;

I gruppebehandling hadde pasienten fortalt inngående om sin søster som hadde tre barn og var i en alvorlig familiesituasjon. Informanten opplevde historien som en helt klar meldesak til barnevernet. Pasienten nektet henne å melde saken fordi hun mente det ville være det samme som å dolke henne i ryggen, og ødelegge hennes relasjon til søsteren. Avdelingen hadde mange runder på saken, og sjekket anonymt ut hvilke muligheter de hadde. Det ville på et tidspunkt ha kommet fram at det var en alvorlig situasjon. I ettertid hadde informanten tenkt; skulle hun bare latt relasjonen med pasienten gått og heller satset på de tre barna som sikkert havner på psykiatrisk en gang?

En informant fortalte følgende historie som hadde gjort inntrykk på henne;

Pasienten hadde diagnosen aleksitymi, uten kontakt med følelser og forvirret i forhold til identitet. Han hadde to barn som informanten ønsket å samtale med. Hun pratet med pasienten på forhånd om viktigheten av ikke å overføre egne forhold på barna. Fordi barna hadde “sprik” i alder ble de enige om at hun skulle samtale med dem enkeltvis. Pasienten fikk beskjed om å informere barna om barnesamtalen, noe han ikke hadde gjort. Den yngste ble hentet i barnehagen, og var kjempeforvirret. Hun visste ikke hvor hun var eller hvem den barneansvarlige var, og ble kjemperedd. “Å nei, så forferdelig. Hva skal dere gjøre? Skal dere operere på meg”? Informanten brukte lang tid på å trygge barnet i forhold til hennes rolle og

funksjon. Barnet ble forklart at hun var på snakkesykehuset. Faren deres hadde for vane å plassere barna i mange forskjellige situasjoner uten noen slags forberedelser, og hadde ikke tenkt over at det gjorde noe. ...*“men det var ikke første gangen hun hadde reagert, for hun fikk liksom ingen forberedelse eller forventning eller forklaringer. Hun bare ramlet oppi ett eller annet sånn uforståelig, akkurat som han hadde gjort da han var liten”*. Informanten ble ekstra bekymret for broren hennes, fordi hun ikke fikk god kontakt med han og merket at han holdt på å gå inn i akkurat samme mønster som faren. Det ble konkludert med at han hadde behov for mer enn en samtale.

Samtlige informanter opplevde støtte fra sin ledelse som stilte seg positive til deres engasjement i barnefaglig arbeid. En informant hadde forstått at det ikke var like stor aksept til å drive barnefokuset arbeid på alle avdelinger. Informantene uttrykket glede over at arbeidet var blitt systematisert og kvalitetssikret. Likevel var det mangel på rutiner og prosedyrer over hvem som tok barnesamtalene når den barneansvarlige av ulike årsaker ikke var til stede. Informantene bemerket;

“veldig skjørt system i perioder.. med sykdom eller ferieavvikling eller sånne ting.”

“turnusen min var tilrettelagt slik at jeg kunne jobbe mest kveld.. sånn at jeg traff veldig mange unger på kveldene”.

Det var nylig bevilget 100 000 kr til bruk for barnekroker som skal plasseres sentralt i sykehuset. Det var ikke blitt bestemt hvor barnekrokene skulle ligge, og en informant mente saken måtte diskuteres grundig.

“Skal vi ha barnekrok i en akuttpost? Jeg vet det kan gå alarm, da springer folk, dører lukkes, senger blir skjøvet inn og ut, og det kan være traumatisk for barnet. Jeg synes det er positivt at barnet skal komme på besøk, men vi må skåne dem fra traumatiske opplevelser... jeg er veldig usikker på hvor disse barnekrokene eventuelt skal være”.

Prosjektleder ble nevnt som pådriver i arbeidet ved at hun gjorde samarbeidsprosjektet kjent i ulike fora hvor de på “golvplanet” ikke befant seg. Hun var blitt utfordret til å holde foredrag for avdelingslederne for å synliggjøre viktigheten av arbeidet.

6.0 DISKUSJON

Studiens problemstilling er hvordan barneansvarlige mestrer barnefokuset arbeid etter deltakelse i et kompetansehevingsprogram. Informantene var allerede ildsjeler på sine avdelinger før kompetanseopplæringen kom. De mistet ikke engasjementet sitt.

Kompetanseutviklingen har økt informantenes ønske om at andre også skal mestre det barnefaglige arbeidet. Et par historier fra informantene blir diskutert som kliniske dilemmaer barneansvarlige har stått overfor.

På bakgrunn av studien utpeker det seg noen sentrale underkapitler:

- Ildsjeler – et tveegget sverd?
- Kompetanseutvikling
- Mestring av barnesamtalen
- Kompetansespredning
- Forankring i organisasjonen

6.1. Ildsjeler – et tveegget sverd?

Det er flere utfordringer knyttet til det å være ildsjeler. Informantene fortalte om to kvinner i psykisk helsevesen som har vært pionérer i dette arbeidet. De gjorde tidlig et systematisk arbeid for å kartlegge og ivareta barn som pårørende, gjennomførte selv mange barnesamtaler og arrangerte “åpne kvelder” for pasienters barn. Pionérene utarbeidet et program (“Forfatter” 1999) til bruk for samtaler med barn til innlagte pasienter. De fleste avdelingene tok ikke i bruk programmet. I flere tilfeller ble arbeidet “lagt i en skuff”. Pionérene befant seg på “gulvplanet”, langt nede i hierarkiet, og hadde liten påvirkningskraft. Antakelig hadde det sammenheng med at barnefaglig arbeid som foregikk ble nokså tilfeldig. En overlege ble etter hvert engasjert i arbeidet. Etter at “Schizofrenidagene” hadde “De uskikkelige barna” i 2003 som tema, og ved hjelp fra overlegen, ble det igjen en bevegelse hvor det ble økt fokus på barns situasjon som pårørende. Hvis en skal implementere gode idéer som barnefaglig arbeid, nytter det ikke å befinne seg langt nede i hierarkiet. Ikke overraskende viser det seg at en overlege har større gjennomslagskraft i organisasjonsstrukturen enn andre profesjonsutøvere, noe som samsvarer med Kufås et al. (2001). De hevder at organisasjonsmessige faktorer kan være til hinder for fokus på barneperspektivet. Dersom en skal innføre nye intervensjoner, som å sette barnefaglig arbeid og foreldrekompetanse på dagsorden, krever det aktiv støtte fra den medisinske ledelse, ellers vil det være vanskelig å få et fokus på barnefaglig arbeid.

I studien kom det fram at det har vært vanskelig å fremme barns interesser når den voksne hadde behov for innleggelse i psykiatrisk institusjon. Noen få helsepersonell i institusjonen hvor min studie ble foretatt, blant annet mine tre informanter, har derimot sett betydningen av å ha et barneperspektiv i voksenpsykiatrien. På tross av motstand, fortsatte de arbeidet som de tidligere pionérene hadde startet. De har gjennomført barnesamtaler flere år før arbeidet ble lovpålagt. Baklien/Wejden (2009) refererer også til slike pionérer i sin forskning. Informantene hadde et engasjement for pårørende generelt og barn spesielt. På denne bakgrunn vil jeg betegne dem som ildsjeler. Dette samsvarer med Aamodt/Aamodt (2005) som viser til ildsjeler som på tross av motstand, gjennomførte samtaler med barn/foreldre.

Ildsjelene har gjennom flere år holdt “fakkelen brennende” ved selv å ta initiativ til økt lærdom og påfyll gjennom videreutdanning i psykisk helsearbeid og deltakelse i kurs om

barns behov. Selv om de tre barneansvarlige som var mine informanter, hadde mye forhåndskunnskap og kompetanse i barnesamtaler, hadde de personlig motivasjon og interesse for kompetanseheving da dette tilbudet kom. Det varierte imidlertid hva de opplevde som nyttig i kompetanseopplæringen, men programmet ble beskrevet som *“matnyttig”*. De mente derimot at det hadde vært for lite fokus på samarbeid med andre instanser, noe som samsvarer med funn fra forskningen til Baklien/Wejden (2009). Barneansvarlige som ikke hadde mye kunnskap om barnefaglig arbeid før de tok kompetanseopplæringen, vil antakelig ha et stort utbytte av kompetanseopplæringen.

Det er interessant å observere at det var ildsjelene som ønsket å delta i denne studien. Det kan være tilfeldig, eller det kan være at de har et større engasjement enn mange andre som i det nye programmet var utpekt til å bli barneansvarlige.

Flere forhold tyder på at informantene ikke har fått økt kompetanse om tilknytningsteorier gjennom ulike kurs de tidligere hadde deltatt på. Denne kompetansen, hevder Killén (2007), mangler ofte innen voksenpsykiatrien. Tilknytningsmønstre som barnet utvikler, sier noe om hvordan barnet er blitt behandlet av sine foreldre, og hvordan det forventer å bli møtt. Barnets opplevelse av seg selv og andre, og måten det reagerer på, påvirkes av og påvirker samspillet mellom barnet, foreldrene og sosiale forhold (Ibid.). I dette samspillet kan barneansvarlige spille en rolle. Da lovbestemmelsen kom, ble det barnefaglige arbeidet satt på agendaen gjennom kompetanseopplæringen. Samtlige av informantene opplevde at det ga dem en økt mestring av rollen som barneansvarlige. Det ser ut for at opplæringen førte til en økt bevisstgjøring og inspirasjon for ildsjelene som fortsatte og *“brenne”* for arbeidet. Hva gjør dette med deres motivasjon om alltid å ha *“fakkelen brennende”*? Når en har vært pionér lenge, og en liker arbeidet, kan det alltid være en fare for at en ønsker å beholde sin spesialkompetanse for seg selv. Pionérene har kanskje holdt for mye på sin kompetanse. Dette ser ut til å være et tveegget sverd, noe jeg kommer tilbake til.

Helsevesenet har behov for ressurspersoner som ønsker å utvikle kompetansen både for seg selv og andre i avdelingene. Det er åpenbart en styrke å ha barneansvarlige med stor kunnskap innen fagfeltet. De ansees som eksperter i barnesamtaler og påser at arbeidet blir gjort i henhold til retningslinjene. Skal barn som pårørende få et godt faglig tilbud og service,

er de barneansvarlige institusjonens viktigste ressurs. Slik fungerer den nye ordningen som et overordnet system, hvor oppgavene har en klar forebyggende hensikt.

6.1.1 Kompetanseutvikling

Det legges stor vekt på kompetanseheving i helsevesenet i våre dager. Ildsjelene hadde, som tidligere nevnt, allerede en personlig kompetanse og interesse i barnefaglig arbeid før kompetanseopplæringen ble iverksatt. De var antakelig dyktige fordi de fikk det til å fungere. Ildsjelene har arbeidet på egen hånd, uten en organisasjon som ga dem en struktur å støtte seg til. Da var det viktig for dem at de hadde personlig kompetanse og var profesjonelle. De vant foreldrenes fortrolighet. Før kompetanseopplæringen kom, hadde de allerede en unik kompetanse. Ildsjelene hadde vært en drivkraft i det barnefaglige arbeidet. Slik jeg ser det, er de ildsjeler ut fra en personlig overbevisning om at barnas situasjon er viktig når en av foreldrene har en psykisk lidelse. Den formelle kompetansehevingen som pilotprosjektet ga, bidro til å løfte deres personlige kompetanse.

Fagutøverens samlede profesjonelle kompetanse, er ifølge Hanssen et al. (2010) fagutøverens teoretiske kunnskap og profesjonelle ferdigheter hun/han har fått gjennom utdanning og erfaring. Videre er det den personlige kompetanse som kan utvikles i relasjon til andre. Den teoretiske kunnskapen til informantene var grunnutdannelse og videreutdannelse de hadde tilegnet seg før pilotprosjektet. Videre var det den teoretiske kunnskapen de mottok i kompetanseopplæringen. Denne kunnskapen ble tillagt deres praksiserfaringer fra barnefaglig arbeid slik at den ble dypere forankret, og ga barneansvarlige et "påfyll". Informantene opplevde at "påfyllet" førte til personlig vekst. Når en opplever personlig vekst, handler det ifølge Rønnestad (2008), om en følelse av positiv endring og forbedring, en styrking av ferdigheter, entusiasme rundt praksis og en følelse av å overkomme tidligere begrensninger som profesjonell. I denne veksten skjer det en fornyelse av den profesjonelle entusiasmen for arbeidet. Informantene ga uttrykk for at de opplevde denne veksten som viktig.

Den personlige kompetansen vil dermed utvikle seg. Praktisk kunnskap uttrykkes, ifølge Grimen (2008) og Hanssen et al. (2010) i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn.

Personlig kompetanse vil, ifølge Kirkevold (2006), utvikles gjennom integrering av erfaring og refleksjon. På denne måten blir de ulike kunnskapstyper integrert og utviklet. Det er denne "bagasjen" ildsjelene har med seg.

Opplæring i samtaler med barn var sentral i kompetanseutviklingen. Kommunikasjon med barn krever ifølge informantene en annen form for kommunikasjon enn kommunikasjon med voksne. Ifølge Seim/Slettebø (2007) handler det om å være i stand til å sette seg inn i barnets situasjon for å kunne ha barneperspektivet i sentrum. Sykepleiere, i dette tilfelle barneansvarlige, er ifølge Hummelvoll (2004) sitt eget arbeidsinstrument. Dette betyr, ifølge (Nordby et al. 2007) at en må finne barnet der det er og begynne arbeidet der. Slik Vik (2008) betrakter det, handler det om å arbeide med barnets myndiggjøring. I denne myndiggjøringen hevder forskere (Glistrup 2004; Killén 2007) at empati er selve grunnlaget for å kunne forstå barnet og dets leting etter "nøkkelen" som kan åpne døren inn til indre balanse. Sommerseth (2010) uttrykker at profesjonsutøvere ofte møter pasienter og pårørende (barn) som befinner seg i en emosjonell smertetilstand. I slike situasjoner må det kunne gis rom for å uttrykke sin smerte og lytte i en form for stilltiende empati. Bare da kan profesjonsutøveren oppfattes som genuin og troverdig, og responsen vil kunne være til nytte. Kunnskap om empati overfor barn krever ekstra læring utover kompetansen en får via de vanligste grunn – og videreutdannelser.

De tre informantene hadde ikke drevet barnefaglig arbeid i like mange år. Likevel viser studien at samtlige var relativt samstemte i hva som er god praktisk kunnskap. For de barneansvarlige handler det om å mestre samtalene de hadde med barn/foreldre. En informant ga uttrykk for at det viktigste var å vise barnet omsorg og at en brydde seg om det. Dette samsvarer med Vik (2008) som hevder at det ofte er nok med omsorg, medmenneskelighet, anerkjennelse og respekt. Mye kan tyde på at ildsjelene hadde en dyp respekt og anerkjennelse for barna, og at det var deres drivkraft i arbeidet. Det var viktig for dem å hjelpe barna med å kvitte seg med vanskelige følelser. Ildsjelene representerte noe viktig i organisasjonskulturen. Historiene de forteller gjenspeiler erfaringer de har hatt fra deres kliniske hverdag.

De barneansvarlige har som oftest én samtale med barnet til rådighet. Det kreves høy personlig kompetanse hos dem for å kunne bruke den ene samtalen de skal gjennomføre på

en måte som kan bedre barnets situasjon. Hun skal gi informasjon, være i stand til å ta imot og bearbeide det barnet forteller, og gi barnet noe positivt tilbake (Ot.prp.nr 84 (2008-2009); BarnsBeste 2010). Flere forskere (Mevik/Trymbo 2002; Glistrup 2004; Aamodt/Aamodt 2005; Lauritzen/Solbakken 2006; Killén/Olofsson 2009a; Smeby 2009; Bratli 2010) har påpekt at barn i lojalitet til foreldre kan synes det er vanskelig å fortelle om praktiske eller følelsesmessige vanskeligheter de kan oppleve hjemme. Informantene erfarte at dersom barnet kjenner seg trygg i situasjonen, kan hun/han fortelle om problematiske situasjoner. Slike etiske dilemmaer kan det som være vanskelig å løse umiddelbart for den barneansvarlige. Derfor kan det være utfordrende å være i en situasjon uten å vite hva som er rett/galt å gjøre, fordi det sjelden er absolutte svar når en arbeider med mennesker. Informanten måtte bruke sitt skjønn (Grimen 2008; Hanssen et al. 2010). I slike situasjoner må hun bruke sin etiske kunnskap og intuisjon, noe som ifølge Kirkevold (2006) omfatter ferdigheter knyttet til å vurdere etiske spørsmål og fatte etiske forsvarlige beslutninger. I den spesifikke samtalsituasjon er den barneansvarlige alene med barnet og må ta ansvar for de valg hun tar. Både barnet og den barneansvarlige skal leve videre med valgene som er tatt. Noen ganger kan den barneansvarlige i ettertid oppleve at hun burde eller kunne handlet annerledes. Hun må hele tiden foreta vanskelige verdivalg uten klare regler for prioritering. Informantene hadde i mange tilfeller nytte av tidligere praksiserfaringer for å håndtere dilemmaer.

En historie som en av informantene fortalte, illustrerer et dilemma. Historien involverer tantebarnet til en pasient, som i dette tilfelle blir tredjeperson. Situasjonen ble oppfattet alvorlig med klar meldeplikt til barnevernet. Barneansvarlige er barnas talsmann. Dersom en hører om graverende situasjoner, skal en gi beskjed til avdelingsledelsen som melder saken videre. Hadde informanten gjort det, kunne hun kanskje forhindre at tre barn senere ble psykiatriske pasienter. Samtidig ønsket informantens fortsatt å ha en god relasjon til pasienten. Hun ønsket heller ikke at søstrenes forhold skulle bli ødelagt. Denne saken ble flere ganger diskutert i personalgruppen, og vitner om at engasjement var til stede. Dersom arbeidet er dårlig forankret i avdelingsledelsen, kan det være vanskelig å komme fram med sitt syn. Flere spørsmål gjør seg gjeldende: Kan den barneansvarlige la barna seile sin egen sjø når hun hører om forhold som gjelder tredjeperson? Kan hun beskytte seg og "toe sine hender" når det ikke er hennes ansvar? Etiske konflikter oppstår, ifølge Barbosa da Silva

(2006), når to eller flere etiske regler, prinsipper eller plikter kolliderer med hverandre i en konkret situasjon på en slik måte at uansett hva man velger å gjøre, så gjør man feil. En viktig utfordring blir å se hvor grensen går for hva som betraktes som den barneansvarliges arbeid.

Dersom det oppstår dilemmaer i det praktiske arbeidet og informantene er usikre på hvordan de har håndtert situasjonen, har de mulighet til å diskutere med den andre barneansvarlige i avdelingen, eller i åpen veiledningsgruppe. Erfarne barneansvarlige har mye erfaringskompetanse som nye ikke har. Denne kompetansen kan de dele med andre i veiledningsgruppen. I veiledning får den enkelte, ifølge Holter (1990) og Rønnestad (2008) mulighet til å beskrive og dele praksis, følelser, refleksjoner og handlinger. En blir mer bevisst sin væremåte og derved mer kjent med seg selv. De får, slik informantene oppfattet det, økt handlingsberedskap og økt evne til å tenke alternativt. Dette hevder forskere (Thidemann 2002; Kvamme 2004) gir mulighet for endringer og forbedringer. Informantene uttalte at det var godt å ha arenaer hvor de kunne treffe likesinnede. De opplevde at det kunne være krevende å stå alene med det barnefaglige ansvaret i avdelingen. Veiledning og fagnettverk ble av Kufås et al. (2001) fremhevet som viktige forutsetninger for å ivareta barneperspektivet og sikre kvalitet på arbeidet. Å treffe fagpersoner som er opptatt av barnefaglig arbeid, kan bidra til å etablere fagfellesskap som også kan ha en viktig læringsverdi. Gjennom veiledning kan den barneansvarlige bidra til å styrke fokuset på barn i organisasjonen og bevisstgjøre andre barneansvarlige om deres rolle. Kunnskap kan vedlikeholdes og videreutvikles i et profesjonelt kollegialt fellesskap, ifølge Smeby (2008). Han tilføyer at refleksjon over og i profesjonell praksis dermed oppøves. Dette samsvarer med informantenes erfaringer. De hevdet at diskusjoner med andre barneansvarlige førte til at deres evne til refleksjon ble videreutviklet.

6.2 Mestring av barnesamtalen

Hvis fokus er rettet mot voksne i forholdet til barn, er det krevende når en i stor grad mangler kompetanse om barn. Det profesjonelle skjønnet må, ifølge Seim (2007), inkludere barnets egen stemme hvis barnets perspektiv skal komme fram. Det kan se ut som om mestring av barnesamtalen er selve kjernen i det barnefaglige arbeidet på sykehuset. Dette omfatter ivaretagelsen av både barn og foreldre. Det å mestre og "å kunne noe" er nært beslektet, og kan ha betydning for hvilke erfaringer de barneansvarlige får når de har barnesamtalen. Informantene hadde som et overordnet mål å forebygge utvikling av helseproblemer hos barn. Hensikten med foreldresamtaler er å hjelpe foreldrene til å bedre sin kompetanse slik at de skal klare å gi barnet den utviklingsstøtten det trenger i forbindelse med egen sykdom. I studien opplevde informantene stor grad av mestring i utførelsen av arbeidet, og de opplevde arbeidet som meningsfullt. Av Antonovskys (2005) tre hovedkomponenter i "sense of coherence" (SOC), er meningsfullhet den mest sentrale. Meningsfullhet er en forutsetning for begripelighet og håndterbarhet. Begripelighet handler her om kunnskap for å forstå betydningen av å drive forebyggende arbeid gjennom barne- og foreldresamtaler. Håndterbarhet handler om at barneansvarlige ser seg i stand til å møte de utfordringene de står overfor i samtaler med barn/foreldre.

Informantene fremsto slik Ekeland (2008) betrakter som optimistiske behandlere. De hadde forventninger om at samtaler med barn/foreldre skulle gjøre en forskjell i barnas hverdag (Bratli 2010). Samtidig fremsto de med dyp respekt for barna. Informantene ga til kjenne glede og stolthet over arbeidet de gjorde, og hadde en følelse av at "det barneansvarlige arbeidet er mitt". Denne følelsen bidrar, ifølge Antonovsky (2005), til å mestre arbeidet. Mestring inkluderer også, understreker Heggen (2008), evnen til å utføre oppgaver (mestringskompetanse) og følelser/forventninger knyttet til utførelsen av dem (mestringsfølelse). Her har SOC klare paralleller til begrepet myndiggjøring. Kompetanseopplæringen hadde gitt informantene økt bevissthet og inspirasjon i rollen som barneansvarlige. De visste hvilke forventninger og arbeidsoppgaver som fulgte med deres rolle. Det er likevel ikke tilstrekkelig med en opplæring i rollen. Den må prøves ut i praksis for å oppleve om en mestrer den. Selv etter flere års erfaring i barnefaglig arbeid, ble

informantene fortsatt berørte emosjonelt. Dette vitner om at de fortsatt har et levende engasjement i arbeidet.

Det kan være en sammenheng mellom antall års erfaring og følelsen av mestring hos den enkelte. Korhonen et al. (2010) påpeker at sykepleiernes personlige egenskaper har betydning for om de tar hensyn til barn av psykiatriske pasienter. Det ser ut som om barneansvarlige som er mødre, er mer bevisste viktigheten av å ha barnesamtaler enn sykepleiere uten barn. Denne interessen mener forskerne er et resultat av livserfaringer. Dette støttes av Vik (2008), som hevder at personlige egenskaper har avgjørende betydning for en vellykket kontakt med barna. Mine informanter hadde arbeidet i mange år og var mødre. De grudde seg ikke til å gjennomføre barnesamtaler. Derimot var deres erfaringer at nye barneansvarlige opplevde at selve samtalen var en terskel å komme over. Informantene etterlyste mer kompetanse om å utføre barnesamtaler og ulike verktøy som kunne anvendes i arbeidet med barn. De mente denne tilgangen var utilstrekkelig.

Ett av målene med opptrappingsplanen (St.prp.nr.63 (1997-1998)), er å ha en familieorientert tilnærming i arbeidet i voksenpsykiatrien. Det ser ut for at barneansvarlige i sin kliniske praksis møter familier med ulike behov. De blir utfordret på forskjellige måter, noe som kan gjenspeiles i de historier informantene forteller. Det krever mot å gå inn i situasjoner der en er usikker på hvilke reaksjoner en vil møte, og hvordan en selv vil reagere (Bøckmann/Kjellehold 2010). Informantene visste aldri hvilke tema som ventet dem når de skulle ha samtale med barn/foreldre. Derfor er det ikke mulig for dem å benytte en "standardtilnærming" på samtalene de gjennomfører. Deres kompetanse brukes slik Schön (Rønnestad 2008; Smeby 2008) beskriver som "refleksjon i handling", og blir en del av deres erfaringer. Informantene har, som allerede nevnt, oftest kun én barnesamtale, slik at samtalen kan være "*alt eller ingenting*". Derfor måtte de konsentrere seg om hvor barnet var i sin verden og hvilke tema det var viktigst å samtale om.

Informantene hadde ulike beskrivelser fra utførelsen av barnesamtaler. En informant beskrev samtalene som "*kjekke*", og at det var hennes område. En annen mente samtalene kunne være "*utfordrende*", fordi hun i utgangspunktet hadde én samtale som måtte brukes for alt den var verd. Den tredje mente at samtalene noen ganger også kunne være "*tunge*". Barn trenger tillit for å åpne seg for fremmede mennesker. Ifølge Vik (2008) er tillit en

grunnleggende forutsetning for mestring og myndiggjøring. Tillit defineres av Heggen (2008) som et nøkkelbegrep som preges av mestringsevne eller manglende mestring. Disse barna er i tillegg en sårbar gruppe, hvor tilnærmingen fordrer ekstra varsomhet, kompetanse og kvalitet. Tid er en sentral faktor og forutsetning for at tillit kan etableres (Baklien/Wejden 2009; Bratli 2010; Bøckmann/Kjellevoid 2010). Samtidig kan den barneansvarlige oppleve nettopp tiden som en utfordring fordi hun har begrenset tid til rådighet. De kan likevel i løpet av den rammen som en samtale gir, vurdere om barnet har behov for terapeutisk behandling. Dette er imidlertid ikke en oppgave for den barneansvarlige, noe jeg kommer tilbake til.

En informant fortalte en historie om to gutter som trodde de var skyld i morens sykdom. Her viser informanten at hun mestrer det barnefaglige arbeidet og har opparbeidet seg tillit hos barna. Det virker som om hun ga mye av seg selv i barnesamtalen. Ved å være personlig og trekke fram sammenlignbare historier, formidlet hun at hun hadde satt seg inn i barnets situasjon. På den måten viste hun barna at hun forsto hva de mente når de sa at de opplevde skyld i at moren var blitt syk. Samtidig avkreftet hun at barna var skyld i morens sykdom. Det er ikke alltid lett å forklare barn hva psykiatiske sykdommer handler om. Gjennom å sammenlikne denne sykdommen med en somatisk sykdom som barna kunne gjenkjenne, ga hun dem knagger å henge morens sykdom på. Forklaringen økte fritakelsen av skyldfølelsen barna hadde. Samtidig ga hun dem håp om morens bedring, som at når mor begynner å ta medisiner igjen, vil hun bli bedre. Sannsynligheten for at mor blir bedre er stor. Hun lovet dem ikke at mor skulle bli helt frisk igjen, fordi hun ikke hadde noen garanti for det.

Som allerede nevnt, ga informantene uttrykk for at noen barnesamtaler kunne være bekymringsfulle og tunge. Dermed kan ildsjelene tappes emosjonelt i arbeidet. Dersom hun er den eneste i avdelingen med barnefaglig ansvar, og ikke har andre barneansvarlige å reflektere sammen med, kan hun ytterligere tappes følelsesmessig. Hvis det i tillegg forventes at de skal ha samtlige samtaler med pasientenes barn i avdelingen, blir følelsen av å være alene om ansvaret forsterket. Dette kan føre til ytterligere emosjonelt stress. For å oppleve glede ved å gjøre et godt arbeid, opplevde informantene det var viktig å få positive tilbakemeldinger fra barn/foreldre som fortalte at samtalen hadde vært viktig og til hjelp for dem. Det kan virke som om informantene ikke fikk nok anerkjennelse og støtte fra kollegaer

og ledelse for øvrig om at de gjorde et godt arbeid. Derfor var det viktig for dem å få positive tilbakemeldinger fra barn/foreldre. Sommerseth (2005) henviser til Obholzer (1994) som uttrykker at dersom en ønsker å få bekreftet å være en god omsorgsarbeider, kan det føre til en søking etter situasjoner hvor det lar seg bekrefte. Hvis helsearbeidere er for opptatte av å bli likt, kan det føre til vanskelige dilemmaer. For eksempel kan en unngå å ta opp vanskelige temaer for ikke å ødelegge den gode relasjonen. Skal en gjøre et godt terapeutisk arbeid, er det en forutsetning at en får støtte fra kollegaer. Ifølge Holter (1990) er belønning for arbeidet en gjør avgjørende for innsatsen. Dette samsvarer med informantenes erfaringer. Ros og berømmelse førte til økt verdsetting av den barneansvarlige rollen, og styrket informantenes selvfølelse og motivasjon til å gjøre et godt arbeid. Ville de klart å gjøre et godt arbeid om de ikke hadde fått positive tilbakemeldinger? Ville "fakkelen brent" ut da?

Barn kan ikke velge familien de vokser opp i, og ifølge flere forskere (Kufås et al. 2001; Vik 2002; Grøholt 2003; Haukø 2007; Hansen 2008; Haukø/Stamnes 2009; Smeby 2009) kan noen barn få problemer av å vokse opp i familier som fungerer dysfunksjonelt.

Barneansvarlige får gjennom barnesamtalen kjennskap til barnas hjemmeforhold, og at de kanskje ikke har et optimalt utviklingsmiljø. Et eksempel er historien en informant fortalte om jenta som misunte storebroren som fikk vokse opp hos "mormor og de", mens hun hadde det vanskelig hjemme med deres personlighetsforstyrrede mor. Ifølge O' Connells (2008) forskning var barna lettet når mor var innlagt fordi andre overtok ansvaret for henne. Spørsmålet er i hvilken grad barn skal belastes med at foreldre er syke i deres barndom? Barnearbeidet kan på denne bakgrunn oppfattes som å drives i en "krigssone", hvor barn kan skades emosjonelt av vanskelige hjemmeforhold (Beardslee et al. 1998; Melle/Johansen 2002; Aamodt/Aamodt 2005; Solbakken/Lauritzen 2006; Killén 2007; O' Connell 2008; Östman 2008). Informantenes hverdag er at de ikke har mulighet for å frata barna alle vonde opplevelser. Hva gjør det med dem?

Menneskerettighetserklæringene understreker at barn skal ivaretas på best mulig måte (Høstmælingen 2004; Seim/Slettebø 2007). Informantene ser ut til å ha et ønske om å gi barnet beskyttelsesfaktorer som kan fremme resiliens (Beardslee et al. 1998; Borge 2005; Sundfær 2007; Bratbakken 2009; Halså/Aubert 2009; Bratli 2010), for å forebygge sykdom hos barna.

En informant fortalte historien om hennes pasient som hadde problemer i forhold til følelser og identitet. Hun var redd for at sykdommen skulle gå i generasjoner (Killén 2007), fordi *“de (barna) ramlet oppi noe uforståelig, slik han hadde gjort da han var liten”*. Her ønsker informanten å fortelle to ting. Det ene er at hun var redd for at pasienten hadde overført egne barndomserfaringer på sine barn. Hans barn kan dermed bli utsatt for tredje generasjons problematikk. Informanten var bekymret for pasientens sønn fordi hun ikke fikk god kontakt med han. Hun fikk inntrykk av at han var blitt opplært til å gå inn i samme mønster som faren, noe som på sikt kan medføre at han selv får psykiske problemer. Det andre hun fortalte var viktigheten av å gi barn anledning til å forberede seg på nye situasjoner som skjer i livet deres. Barn trenger forutsigbarhet i tilværelsen for å oppleve trygghet. Barn som lever med en forutsigbar uforutsigbarhet, skades ifølge (Killén 2007) gjennom å ha en kronisk bekymring. Faren hadde ikke forklart datteren hva barnesamtalen handlet om. Datteren trodde hun skulle opereres da hun kom på sykehuset. Informanten brukte lang tid på å berolige det engstelige barnet før barnesamtalen kunne gjennomføres.

Informantene hadde som praksis å informere barna om at det som ble sagt i samtalen med dem skulle forbli i samtalerommet. De beskyttet barna ved å utelate og skrive noe fra barnesamtalen i foreldrenes journal. Dersom det viste seg at barna burde ha ytterligere hjelp, anbefalte informantene først foreldrene å ta kontakt med kommunale instanser, som helsesøster eller barnevern. Deretter tok de selv initiativ til å henvise barnet videre. Dette samsvarer med intensjonen med de nye lovene. Ot.prp.nr.84 (2008-2009) henviser til kommunale samarbeidspartnere dersom barnet har behov for ytterligere hjelp.

Den hjelpen som barneansvarlige skal gi til barnet, er ifølge Halså/Aubert (2009) svært avhengig av det samarbeidet hun får med foreldrene. Informantene hadde foreldresamtaler for å få økt innblikk i familiesituasjonen for å bedre det barnefaglige arbeidet. Forelderen må være i en viss psykisk stabilitet for å kunne ivareta barnet. Deres sykdom kan ha betydning for hvilket engasjement de makter å ha overfor barna. Flere forskere (Halså 2001; Melle/Johansen 2002; Mevik/Trymbo 2002; Siegbrit 2007) hevder foreldrene kan være preget av skyld- og skamfølelser over hendelser forut for innleggelsen. Disse følelser hjalp informantene foreldrene å bearbeide gjennom samtale.

Flere pasienter hadde uttalt til informantene at de skulle hatt denne samtalen som barn, da kunne kanskje deres sykdom vært unngått. Foreldre som opplever det slik, omtaler Rimehaug et al. (2006) som preget av en tapt barndom eller, ifølge Melle/Johansen (2002) og Solbakken/Lauritsen (2006), som bitterhet mot hjelpeapparatet. Studien gir ingen slike opplysninger, men informantene fortalte om mange foreldre som hadde opplevd denne samtalen som svært nyttig.

Det kan ikke være en lett oppgave å gjøre foreldre oppmerksom på at en er bekymret for barnet deres. Den barneansvarlige balanserer ofte i skjæringspunktet mellom den tillit barnet har vist henne ved å fortelle om sine vanskeligheter hjemme. Hun har lovet barnet at det som blir fortalt i samtalerommet ikke skal komme videre. Samtidig opplever hun en bekymring for barnets hjemmesituasjon. Det profesjonelle skjønnet må, ifølge Seim (2007), ikke vike for barnets rett til medbestemmelse, men må inkludere dets subjektive oppfatninger. Barnets selvbestemmelsesrett kan i visse tilfeller gå foran foreldrenes rett til innsyn (Veileder IS-5 2010). Her spiller alder en rolle. Dersom barnet er over tolv år, kan det selv bestemme om foreldrene skal få kjennskap til hva som er blitt sagt i barnesamtalen. Imidlertid har den barneansvarlige ikke plikt til å informere foreldre om bekymring overfor barnets hjemmesituasjon dersom barnet er over seksten år (pasientrettighetsloven § 3.4). Hvis barnet derimot er under tolv år, har foreldre rett til innsyn i hvorfor den barneansvarlige har uttrykt bekymring for barnet hvis hun velger å melde saken videre.

Dersom barnet lever i en vanskelig livssituasjon, som i historien om den personlighetsforstyrrede moren, kan barnet få det mye verre når pasienten kommer hjem. Barnet blir konfrontert med det han/hun har sagt i barnesamtale på sykehuset, i tillegg til de "vanlige problemene" hjemme. Slik jeg oppfatter informantene, uttrykte en av dem bekymring over hvor svakt vernet for barnet egentlig er, når foreldre likevel har mulighet til å få kjennskap til det som er blitt sagt i en fortrolig samtale. Det som kan skje, er at barnet på nytt opplever tap overfor en person som det har vist tillit til. Dette kan, ifølge Glistrup (2004) og Aamodt/Aamodt (2005), øke barnets opplevelse av å bli forrådt. Det kan være vanskelig å vise andre tillit senere. I studien kom det ikke tydelig fram at noen hadde opplevd dette som et dilemma. Når det gjaldt de to andre informantene, kom det indirekte fram at de ikke vektla dette i særlig grad. Det kan også være at de vegret seg for å henvise barna videre.

Det ser imidlertid ut som om informantene har funnet balansen mellom hva som var deres og andre instansers oppgave og ansvar. De fortalte at de hadde fått økt egen bevissthet om samarbeidet med andre instanser. Å melde en sak videre, for eksempel til barnevernet, ser ut for å være personavhengig. Samtidig skal det være innbakt som rutine i organisasjonen. I studien kommer det ikke fram hvor mange saker som ble meldt videre. En informant sa at hun var overrasket over hvor få saker som ble sendt til barnevernet. Kanskje de kviet seg for å fortelle om de vanskelige dilemmaer de står overfor? Det kom fram at de savnet mer samarbeid om de tyngste lidelsene. De etterlyste mer fokus på samarbeidet med andre instanser, slik Aamodt/Aamodt (2005) fant i sin studie, og som også regjeringen tar opp i Ot.prp.nr.84 (2008-2009).

6.3 Kompetansespredning

En viktig oppgave for alt helsepersonell med kunnskaper i et fagfelt, er at de sprer sin kompetanse til relevante samarbeidspartnere. Samtlige informanter hadde gjort det barnefaglige arbeidet til sitt eget fagfelt. De hadde arbeidet lenge med barn som pårørende i voksenpsykiatrien. Informantene hadde fått omfattende undervisning gjennom kompetanseopplæringen, noe som hadde ført til personlig vekst. Var informantene bare opptatt av seg selv og sin utvikling?

I en travel avdeling kan det være utfordrende å finne plass til overføring av kompetansen den enkelte har bygd opp. Et par informanter hadde problem med å få dette til regelmessig. Ifølge Kvamme (2004) hersker det liten tvil om at tid er en knapp ressurs i helsesektoren. Han viser til forskning som påpeker at det blant helsepersonell er liten tradisjon for å drive med fagutvikling i arbeidstiden. Fagutvikling fremstår som et "ad hoc" arbeid som blir gjort dersom det er tid til det (ibid.). I studien kom det fram at avdelingsledelsen var positiv til informantenes barnefaglige engasjement når det gjaldt kompetansespredning i avdelingen. En viktig lederoppgave er, ifølge Holter (1990) og Ot.prp.nr.84 (2008-2009), å bevare og overføre kompetanse, og få den forankret i organisasjonen. En forutsetning for at kompetansen skal bli forankret, er at de som skal spre kompetansen mestrer barnesamtalen, noe en fikk et bestemt inntrykk av at informantene gjorde. Når en bruker personer i eget miljø til undervisning og rådgiving fører det, ifølge Holter (1990), til et sterkere engasjement og forandring av det en ønsker å utvikle.

De barneansvarlige brukte noen personalmøter årlig til å undervise om det barnefaglige arbeidet. Avdelingsleder tilrettela for at avdelingspersonalet skulle få delta på personalmøter og få undervisning om den barneansvarliges funksjon. Undervisningen foregikk i overlappende skift, slik at de som skulle på kveldsvakt hadde personalmøter innbakt i sin turnusplan. Personalmøter i organisasjonen foregår parallelt med sykepleierens ansvar for pasienter og avdeling. Derfor er det ikke alltid helsepersonell å delegere ansvaret til. Fordi pasienter ikke kan vente, kan det sette en begrensning på helsepersonellens muligheter til å delta på personalmøter. Dette kan føre til at ikke alle blir oppdatert om det barnefaglige arbeidet som drives i avdelingen.

Informantene kjente ikke alltid til alle detaljer rundt pasienten, da det var andres hovedansvar (for eksempel primærkontakt) å påse at barna til deres pasient fikk samtale med en barneansvarlig. Eller de gjennomførte samtalen selv. Selv om det ble lagt vekt på å ha en god foreldreallianse, slik som primærkontakten noen ganger hadde, kunne personlige egenskaper ha avgjørende betydning for en vellykket kontakt (Vik 2002). Det kan se ut som det hersket en viss ambivalens på dette området, fordi studien viser at informantene utførte de fleste barnesamtaler selv. På bakgrunn av dette kan dette arbeidet sies å være svært knyttet til den enkelte som person. Dersom andre skal få et eierskap til arbeidet på en slik måte at det blir integrert i organisasjonen, kreves det mulighet for å praktisere like etter at den teoretiske kunnskapen om barnesamtaler er gjennomgått. Det som manglet i den institusjonen hvor studien ble foretatt, var at det tok for lang tid før den enkelte fikk prøve seg i en barnesamtale. Det kan virke som om det var her kompetanseoverføringen glapp.

Studien viser dermed at det ikke var noen systematikk i å lære andre direkte opp i den praktiske samtalen. For å kunne tilrettelegge for denne kompetansen, kreves det et sammentreff av flere forhold. Disse er organisatoriske (at barneansvarlig er til stede, at det finnes rom tilgjengelig for samtalen) og aktuelle hendelser (at pasienten har barn). Kun en av informantene praktiserte å ha andre med seg så fort som mulig i sine barnesamtaler. Selv om hun vektla både teoretisk og praktisk opplæring, opplevde hun at de ofte overlot ansvaret med å ha barnesamtalen til henne. Dette kan vitne om at andre ikke opplever seg i stand til å ha barnesamtaler, eller at de ikke opplever det som sitt ansvar. Resultatene fra denne studien viser at det likevel ikke ble lagt vekt på. Forskere (O'Connell 2008; Maybery/Reupert 2009) hevder imidlertid at psykiatriske sykepleiere gjennom sin utdanning bør ha nok kompetanse til å hjelpe barna.

I Grimsgaards (2008) studie kommer det fram at de som har fått opplæring i barnesamtaler kan være engstelige for å påta seg arbeidet fordi de er redde for å ødelegge en allerede skjørt pasientallianse. Andre forskere (Kufås et al. 2001; Bratli 2010) framhever det motsatte; at foreldre satte pris på at behandlere tok opp barn/foreldre relasjoner med dem.

To informanter hadde ikke med seg andre til opplæring i barnesamtaler, noe som kan tyde på at de ikke er flinke nok til å bidra til en integrering av kompetansen. Det kan også vitne om at de setter pris på å være ildsjeler. At ildsjelene gjør arbeidet, kan bli en "sovepute" for

annet helsepersonell som ikke trenger å forholde seg til dette arbeidet. Ifølge Mevik/Trymbo (2002) kan ansvar for pasientens barn bli et "gnagsår" i forhold til kollegaer som fremdeles ikke ser betydningen av fokus på pasientens barn. I en travel hverdag kan det være komfortabelt at det ikke stilles samme krav til alt helsepersonell. Det kan være godt å legge ansvaret over på de som har det som sitt ressursområde. Dette samsvarer med Martinsen (referert i Norheim 2006) som hevder at en kan tilpasse seg kulturen slik at den blokkerer for muligheten til å få nye erfaringer som krever åpenhet i forhold til det nye. Norheim (2006) kaller det en autoritær holdning preget av motstand mot å tenke nytt. Samtidig kan ildsjelenes entusiasme være en svakhet fordi det hindrer integrering og forankring av arbeidet i avdelingen. Når noe er forankret, preger det, ifølge Holter (1990), atferden til alle ansatte i organisasjonen. Noen ser ikke barnefaglig arbeid som et felles ansvar eller har ønske om å påta seg oppgaven. De lytter til det som blir sagt, men kvier seg til å ta på seg oppgaven. Ifølge Kvamme (2004) viser undersøkelser fra sykehus at det kan være vanskelig å få til endringer til tross for at enhver fornuft tilsier at en prosedyre bør endres. Generelt tar det lang tid fra en rutine blir innført til den blir integrert i organisasjonen. Opplæring i barnesamtaler er i så måte ikke noe unntak. Det kan se ut som om det vil ta tid før kunnskap om barnesamtaler blir integrert i organisasjonen.

Når et nytt arbeidsområde blir introdusert, og noen får det tildelt som sitt ansvar, kan en oppleve konkurranse fra andre om å få samme oppgave. Det er mulig at ildsjelene ville opplevd andre barneansvarlige som konkurrenter. I min studie kom det fram en generøsitet i å dele både kompetanse og ansvar med andre. Informantene ønsket at flere av avdelingens øvrige helsepersonell skulle være i stand til å ha barnesamtalen. Derfor er min påstand at informantene ikke bare var opptatt av egenutvikling, men at de også var kompetansesspredere i avdelingen. I det praktisk kliniske arbeidet er det trolig viktig å gi dem kreditt for arbeidet de gjør.

Informantene fortalte at det, ifølge opplæringsprogrammet, skal være to barneansvarlige på hver avdeling som kan dele på arbeidsoppgavene. Likevel viser praksis at det ikke alltid er tilfelle. Dette kan ha sammenheng med at kvinner ofte går ut i permisjoner på en kvinnedominert arbeidsplass, tar ekstrapermisjoner og flytter på seg karrieremessig. Eller de slutter i sine stillinger. Dermed blir det ofte en som sitter igjen med ansvaret. Hvis den som er barneansvarlig slutter i avdelingen, kan det være fare for at kompetansen forsvinner hvis

den ikke er godt forankret i avdelingen. En informant fortalte, med et hjertesukk, at hun opplevde at det var problematisk å finne nye barneansvarlige som hadde samme engasjement som henne. Ledelsen har, ifølge Holter (1990), en viktig oppgave gjennom å sikre at kompetansen vedlikeholdes når en av de profesjonelle slutter. Når nye barneansvarlige blir tilbudt rollen, må organisasjonen tilrettelegge for at de får nødvendig kompetanseheving. Selv om nye barneansvarlige er opplært i viktigheten av å drive barnefaglig arbeid, ønsket informantene og være gode rollemodeller. De ville fortsette den barnefaglige opplæringen av nye barneansvarlige på sine avdelinger. Det var viktig å øke deres trygghet til å ha barnesamtaler. Informantene tok hensyn til at nybegynnere ofte er de mest utsatte og sårbare i organisasjonen (Rønnestad 2008). Den trygghet og intuisjon som erfarne helsepersonell har fått gjennom mange år, fører ifølge Holter (1990) til at arbeidet blir bedre i tillegg til at de er gode rollemodeller for yngre kollegaer. Dette var også typisk for ildsjelene.

For å sikre et fortsatt høyt kvalitetsnivå på arbeidet, blir det viktig å ta godt vare på de som er faglig tradisjonsbærere. Når de stadig skal lære andre opp til å ha oppgaven, er det viktig at de selv også får "påfyll", for eksempel gjennom veiledning (Holter 1990; Thidemann 2002; Kvamme 2004; Rønnestad 2008). Faglige tradisjonsbærere kan tappes dersom de stadig må gi og gi, og får lite tilbake. Studien viser at ildsjelene opplever å stå alene igjen med ansvaret gang på gang.

6.4 Forankring i organisasjonen

Det er noe tvetydig om det barnefaglige arbeidet alltid er forankret i organisasjonen. At barnefaglig arbeid er godt forankret er en forutsetning for å få arbeidet til å fungere. Studien viser at ildsjelene fortsatt er de som sørger for den gode forankringen i avdelingen. Et dilemma for ildsjelene har vært at de i stor utstrekning utførte det barnefaglige arbeidet på egen hånd. Det er derfor viktig at den vanlige historien om ildsjelene ikke fortsetter. Selv om det har vært ildsjeler, og disse har gjort en god jobb, må organisasjonen integrere denne type kompetanse i arbeidet. Ellers vil det fortsatt være slik at arbeidet faller på ildsjelene. Det vil antagelig føre til at det barnefaglige arbeidet blir for tilfeldig.

Så lenge det barnefaglige arbeidet er lovpålagt, har ikke avdelingen mulighet for å se bort fra at de har ansvar for at arbeidet blir utført. For at kompetansen skal brukes, kreves det også at organisasjonen og kollegaer endrer seg. Lederrollen skal, ifølge forskere (Holter 1990; Fivelsdal/Bakka 1992), integrere de individuelle behov og organisasjonens mål. En forutsetning for et vellykket og godt integrert tilbud, er ifølge Bratli (2010) en tydelig organisering og solid forankring i ledelse, herunder også mellomledernivå. Halså (2008-referert i Halså/Aubert 2009) hevder at en forutsetning for at det barnefaglige arbeidet kan bli forankret på hver avdeling, er at noen blir utpekt som barneansvarlige. Studier viser at det må gjøres en ekstra innsats hvis kompetansen skal forankres som en del av driften.

At avdelingsleder ønsker å satse på noen som får en barneansvarlig rolle, kan bidra til at den barneansvarlige finner større mening og får økende motivasjon til å fortsette det barnefaglige arbeidet i en travel klinisk hverdag. Deltakelse i kompetanseutviklingsprosjekter gir deltakerne positiv gevinst, fordi de ifølge Kvamme (2004) opplever seg "sett" og føler ledelsen satser på dem. Når arbeidet tilrettelegges fra ledelsen, kan opplæringen bli bedre integrert i organisasjonen. Dersom samtlige avdelinger hadde implementert barnesamtaler i sine arbeidsrutiner, ville arbeidet vært bedre kvalitetssikret.

Studien viser at arbeidet ikke er selvgående. Dersom ressurspersonene var fraværende, som ved sykdom eller ferieavvikling, og det er pasienter med barn som har behov for samtale, virket det som det ikke alltid var helsepersonell til stede som kunne gjøre dette arbeidet. I disse periodene så det ut til at arbeidet ble utført nokså tilfeldig, noe som kan tyde på at

organisasjonen valgte å se bort fra at arbeidet er lovpålagt. Dette kan vitne om at det gjenstår mye arbeid før barnesamtaler blir forankret i organisasjonen. På tross av at det drives undervisning og opplæring av helsepersonell i avdelingen, viste det seg at det ofte ikke var noen til å overta det barnefaglige arbeidet. Så selv om det er forståelse for å drive barnefaglig arbeid, framkom det altså svikt i systemet. Informantenes synspunkter var at en kan betrakte arbeidet som både integrert og ikke integrert (Holter 1990; Mevik/Trymbo 2002; Kvamme 2004). For å fremme ivaretagelsen av barna og få arbeidet integrert som en del av dagliglivet i avdelingen, må det på forhånd være planlagt hvem som overtar arbeidet når den barnansvarlige ikke er til stede. Etter min oppfatning må det være slik at på samme måte som vakthavende leger tar imot nye pasienter, må det i poststrukturen alltid være personer med barnefaglig kompetanse tilgjengelig for å ha barnesamtaler på kveldstid og i helger. Dette må være et mål å strekke seg mot.

Informantene opplevde, som tidligere nevnt, at det var viktig at ledelsen tilrettela for kompetansopplæring i arbeidstiden. Det var ønskelig at begge de som var barneansvarlige på avdelingen fikk mulighet til å delta på inspirasjonsdager i regi av sykehuset. I utredningen "Pasienten først" (NOU 1997:2) kommer det fram at helsepersonell skal gis tid til å tilegne seg ny kunnskap gjennom blant annet kursdeltakelse. Dette krever at arbeidsgiver tar kompetanseutvikling på alvor, og sørger for at helsepersonell innehar nødvendig kompetanse slik at ressurser stilles til rådighet. Ifølge Holter (1990) er det et lederansvar at personalet har den profesjonelle kompetansen som er nødvendig for å fungere best mulig i forhold til pasientene. En informant oppfattet det negativt dersom ikke begge barneansvarlige ble prioritert til å være med på inspirasjonsdager. Hun hevdet det var viktig å få "*påfyll slik at en ikke stampet imot*". Hun hadde forståelse for at økonomi kunne spille en rolle, samtidig som hun opplevde at det var viktig å få ny inspirasjon til fortsatt å være en faglig tradisjonsbærer i barnearbeidet. Hva skjer om en ikke blir inspirert? Mister en da gnisten? Hadde barneansvarlige "*gått tørre*" om de ikke hadde opplevd personlig vekst?

Som allerede nevnt, er det tvetydig om det barnefaglige arbeid alltid er forankret i organisasjonen. En informant ga uttrykk for at arbeidet kanskje ikke er like sterkt integrert alle steder. Er arbeidet godt forankret, hevder Holter (1990), at endringene ikke lenger er personavhengige, men er blitt en del av organisasjonen. En annen informant ønsket at prosjektleder skulle ha egen forelesning til avdelingslederne om viktigheten av arbeidet for å

øke forankringen i organisasjonen. Den tredje informanten luftet idéen om å skrive synergimeldinger dersom arbeidet ikke ble gjort. Synergimeldinger er avviksmeldinger som fungerer som et verktøy for endrings- og forbedringsprosesser i organisasjonen. Denne tanken kan være god fordi det synliggjør svikt i arbeidet med mulighet for forbedring.

Samtlige informanter hadde gode lokaliteter til gjennomføring av barnesamtalen. De hadde også muligheter til å bruke rom som lå utenfor avdelingen, som treningsrom og kunstterapirom. Barna hadde fortalt informantene at de satte stor pris på disse tilbudene. Dette vitner om at sykehuset på noen områder har tilrettelagt for implementering av barnefaglig arbeid. Det var nylig blitt bevilget penger for å lage *“barnekroker”* sentralt i institusjonen. En informant tok opp dilemma som kan oppstå om det kommer *“barnekroker”* inni avdelingen. Det er positivt at barna har egne tilrettelagte steder å oppholde seg på når de kommer på besøk til foreldrene. I et familievennlig perspektiv (St.prp.nr.63 (1997-1998); Ot.prp.nr.84 (2008-2009)), er det viktig å inkludere og synliggjøre barna i fellesskapet. Samtidig skjer mange uforutsette ting uten forvarsel i en akuttavdeling. Det er gjerne uro og bråk, skrik og rop, alarmer går, folk springer fram og tilbake og pasienter beltelegges. Mange forhold kan føre til utrygghet og redsel, og bli en traumatisk opplevelse hos et allerede skjørt barn. Barneansvarlige har samtaler med barn/foreldre nettopp for å trygge dem når livet for mange er snudd på hodet. Kanskje *“barnekroker”* kan legges til fellesrom som alle barneansvarlige i institusjonen kan bruke når barn kommer på besøk til foreldrene?

Informantene sørget for at barneperspektivet ble holdt oppe i behandlingsmøter ved å kartlegge om nyankomne pasienter hadde barn i målgruppen. Ved å holde fokus rettet mot barn, sikret de lovens intensjon. De var også opptatt av at pasienten skulle være med i barnesamtalen om han/hun var frisk nok til det, noe som er ønskelig for at barnet skal føle seg tryggere i situasjonen (Ot.prp.nr.84 (2008-2009)). Samtidig vektla informantene at den syke forelderen ikke skulle delta om han/hun var for syk til det, fordi de ønsket å påføre barna minst mulig skade (Høstmælingen 2004). De ville verne barnet mot ytterligere problemer (Killén/Olofsson 2009b). Dette innebar å kvalitetssikre arbeidet. Når barneansvarlige har barnets interesse eller behov i fokus, har de en myndighetsrolle overfor barnet i den individuelle myndiggjøring. Samtidig ivaretar de den systemorienterte myndiggjøringen ved å ta hensyn til barnet i dets sosiale relasjoner (Vik 2008). Dersom det på et behandlingsmøte kom fram at helsepersonell opplevde at pasienten ikke var frisk nok

til å delta i samtalen med barnet, ble det praktisert å trygge pasienten på forhånd ved å gi informasjon om samtalsinnhold.

Samtlige informanter praktiserte, som tidligere nevnt, å kvalitetssikre arbeidet ved å notere i forelderens journal om barnesamtalen hadde funnet sted eller ikke. Dersom de iverksatte andre tiltak, noterte de også det. Dette samsvarer med signaler i den offentlige politikken (Ot.prp.nr.84 (2008-2009)).

I avdelingen hvor praksis var at primærkontakten selv hadde samtaler med sine pasienters barn, opplevde informanten å måtte drive "*barnehagepolitikk*". Hun minnet sine kollegaer om at arbeidet er lovpålagt. Ellers var det ikke alltid barnesamtalene ble gjennomført. Informanten ønsket å synliggjøre arbeidet ved å lage et system som viste hvem som gjennomførte samtaler og hvem som unnlot å gjøre det. På denne måten ønsket hun å fremme et eierforhold til det å drive barnefaglig arbeid. Det kan være slitsomt og på sikt tappe barneansvarlige for krefter og engasjement når de må passe på at andre gjør arbeidet sitt.

Barnefaglig arbeid har kommet på agendaen og blitt et satsingsområde innen voksenpsykiatrien. På organisasjonsnivå har det, ifølge informantene, medført at rutiner og arbeidsmåter på arbeidsplassen i noen grad har blitt endret for å gi "plass" til det nye satsingsområdet. Ifølge Nyseth/Finstad (2003) må opplæringstiltak være tett koplet til organisasjonens strategiske mål dersom hensikten er kompetanseutvikling og ikke bare individuell læring. Det virker som om kompetansehevingen har blitt en del av organisasjonens overordnede mål. Opplæring av barneansvarlige har fortsatt kontinuerlig siden pilotprosjektet. Det inkluderer nå også barneansvarlig helsepersonell ved somatiske avdelinger.

Når det kommer nye pålegg fra staten, er det alltid en fare for at tidligere satsingsområder med alt man har oppnådd, blir tilsidesatt. Dersom det ikke tilføres mer økonomiske ressurser, kan det være en fare for at barnefaglig arbeid ikke prioriteres like mye som i dag i voksenpsykiatrien. Økonomiske hensyn styrer i stor grad mulighetene for kompetanseheving. Det samsvarer med "Pasienten først" (NOU 1997:2). Derfor gjelder det fortsatt å holde "fanen høyt" om barnas situasjon i voksenpsykiatrien.

7.0 AVSLUTNING

Hovedinntrykket fra resultatene i studien er at det barnefaglige arbeidet i voksenpsykiatrien er i en positiv utvikling. Et overraskende funn var at samtlige informanter som deltok i undersøkelsen, allerede var ildsjeler i det barnefaglige arbeidet. De hadde praktisert som barneansvarlige lenge før arbeidet ble lovpålagt. Selv om de hadde mye personlig kompetanse, opplevde de at pilotprosjektet om barnefaglig kompetanseheving var inspirerende og førte til økt personlig vekst. Denne veksten ga en bedre mestring av arbeidet med å ha barne- og foreldresamtaler. Lovbestemmelsene hadde ført til økt kvalitetssikring av barnefokusert arbeid i organisasjonen. Likevel kan det virke som om det barnefaglige arbeidet ikke er like mye forankret på alle avdelinger. Det var svikt i arbeidet når den barneansvarlige var fraværende, noe som vitner om at det fortsatt kan være et skjørt system. Selv om informantene var kunnskapsspredere i avdelingen, ser det ut som om annet helsepersonell ikke opplevde seg ikke i stand til å gjennomføre barnesamtalen på tross av den kompetansen de hadde fått. Jeg har forsøkt å reflektere over informantenes uttalelser og historier for å kunne gå i dybden av temaet.

Funnene som er kommet fram i denne studien, kan ikke generaliseres. Gjennom analyse og drøfting håper jeg å ha gitt et innblikk i det de barneansvarlige har opplevd av kompetanseheving og bedre mestring av barnefaglig arbeid.

Som en videreføring av denne studien, kunne det i framtidig forskning vært interessant og intervju barn og foreldre om deres erfaringer fra samtaler med de barneansvarlige. Denne forskning kunne eventuelt blitt gjort i kombinasjon med intervjuer av et større utvalg barneansvarlige. Det ville tilført et mer nyansert bilde av det barnefaglige arbeidet i voksenpsykiatrien.

Avslutningsvis vil jeg si at det er viktig at de som skal utføre barnefaglig arbeid i voksenpsykiatrien får "påfyll" gjennom inspirasjonsdager og kurs. Dette trenger de for å "holde fanen høyt" når det gjelder barnas situasjon, og ikke minst bli tryggere når det gjelder å gjennomføre barnesamtaler. For å kunne ivareta barn som pårørende på en god måte, er det viktig og nødvendig at flere blir ildsjeler som brenner for arbeidet.

LITTERATURLISTE

- Aamodt, L. G. & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør.
- Andersen, T. H. (2001). Det kvalitative forskningsintervju. I Hummelvoll, J. K., Granerud, A. & Severinsson, E. (red). *Psykososialt perspektiv på lidelse*. Dokumentasjon fra forskningskonferanse innen UNISKA nettverk. Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 10.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Natur och kulturs psykologiklassiker. Stockholm: Natur & Kultur.
- Baklien, B & Wejden, T. (2009). *Evaluering av prosjektet "Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon"*. SIRUS rapport nr. 1. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Barbosa da Silva, A. (red).(2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjenesten og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- BarnsBeste. (2010). *Sammendrag – lovbestemmelsene om barn som pårørende*. Sørlandet sykehus HF.
- Beardslee, W.R. (2003). Out of the darkened room. When a parent is depressed: Protecting the children and strengthening the family. *American Journal of Psychiatry*, 160:806-807. www.apj.psychiatryonline.org/cgi/content/full/160/4/806 Printet 30.10.10.
- Beardslee, W.R., Versage, E.M. & Gladstone, T. R. (1998). Children of Affectively Ill Parents: A review of the past 10 Years. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; Vol. 37, Issue 11, Pages 1134-1141. [www.jaacap.vom/article/0890-8567\(09\)66623-5/abstract](http://www.jaacap.vom/article/0890-8567(09)66623-5/abstract) Printet 30.10.10.
- Bergem, R. (2008). Medborgarskap og myndiggjering. I Ekeland T. J. & Heggen, K. (red). *Meistring og myndiggjering, reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borge, A. I. H. (2005). *resiliens – risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bratbakken, L. (2009). *Barn av foreldre med psykiske lidelser. Er barn som i dag vokser opp med psykisk syke foreldre i risiko for utvikling av psykososiale forstyrrelser?* Masteroppgave i pedagogikk. Universitet i Oslo.

Bratli, S. (2010). *Læring og mestring for barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer*. Skien: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring.

Bøckmann, K. & Kjellebold, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Christie, H. J. (2008). *“mestring som mulighet”*. Regionscenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør. www.rpub.no/CMS/CMSpublish. Printet 30.10.10.

Dybring, E. & Stoltenberg, C. (2006). *Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø*. Rapport nr. 3. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Eide, G. & Rohde, R. (2009). *Sammen så det hjelper. Metoder i samtaler med barn ungdom og familier*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ekeland, T. J. (2008). Kommunikasjon som helseressurs. I Ekeland T. J. & Heggen, K. (red). *Meistring og myndiggjering, reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fivelsdal, E. & Bakka, J. F. (1992). *Organisasjonsteori. struktur kultur prosesser*. Oslo: Bedriftsøkonomens Forlag A/S.

“Forfatter”. (1999). Barn av psykisk syke foreldre – problemstillinger og retningslinjer for behandlere. Utgitt sammen med forskningsstedet. Derfor anonymisert.

Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet... har de vondt av*. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn. Oslo: Pedagogisk forum.

Gottesman, I., Munk Laursen, T., Bertelsen, A. & Mortensen, P. (2010). Severe Mental Disorders in Offspring With 2 Psychiatrically Ill Parents. *Archives of General Psychiatry*, Mar 2010; 67:252-257. www.archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/67/3/252 Printet 30.10.10.

Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I Molander, A. & Terum, L. I. (red). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grimsgaard, C. (2008). *"Jeg vet du bare vil det beste for barna dine"*. Mastergradsoppgave i profesjonsetikk og diakoni. Det teologiske fakultet i Oslo.

Grøholt, B. (2003). Selvmord, selvmordsforsøk og utagerende atferd hos unge. I Befring, E. & Tangen, R. (red). *Sosiale og emosjonelle vansker hos barn – problemer, utfordringer og muligheter*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.

Halsa, A. (2001). Når mor har en psykisk lidelse. I Hummelvoll, J. K., Granerud, A. & Severinsson, E. (red). *Psykososialt perspektiv på lidelse*. Dokumentasjon fra forskningskonferanse innen UNISKA nettverk. Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 10.

Halsa, A. & Aubert, A. M. (2009). *Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer – en evaluering av det forebyggende arbeid for barn med psykisk syke foreldre i Asker og Bærum*. Høgskolen i Lillehammer. Avdeling for helse - og sosialfag.

Hansen, F. (2007). Barna blir skadet lenge før leveren. I Skotland, S. *De usynlige barna – oppvekst i familier med rusproblemer*. Oslo: IOGTs Juniorforbund.

Hansen, F. (2008). Feige hjelpere og glemte barn – rus og familieliv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 45, nr. 10, 1266-1267.

Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A., Sommerseth, R. (2010). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I Hanssen, H. (red). *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Haukø, B. H. (2006). Barnetimen for det vanskelige. *Sykepleien* 94(01):60-61.

Haukø, B. H. (2007). Små hoder under stort press. *Sykepleien* 9:68-70.

Haukø, B. H. & Stamnes, J. (2009). Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleien* 11:32 -35.

Heggen, K. (2008). Rammer for meistring. I Ekeland, T. J. & Heggen, K. *Meistring og myndiggjering, reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Henriksen, K. (2008). *Barn i risikozonen - oppvekst i hjem med rus/psykiske vansker*. [www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler artikler/politisk ledelse/statssekretær](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/politisk_ledelse/statssekretær)
Printet 30.10.10.

- Holme, I. & Solvang, B. (2004). *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: TANO.
- Holter, E. (1990). *Ledelse og ledere i sykehus*. Administrasjon av sengeposter. Oslo: TANO.
- Horsburgh, M. (2000). Salutogenesis "Origins of Health" and Sense of Coherence I Rise, V. H. *Handbook of stress, coping and health*. Implications for nursing research, theory and practice. California: Sage publication.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Høstmælingen, N. (red). (2004). *Internasjonale menneskerettigheter*. Konvensjons- og lovsamling. Oslo: Universitetsforlaget.
- ICD-10. (2010). *Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer*. 10. revisjon. Oslo: Helsedirektoratet.
- Jacobsen, D. I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Jensen, M. F. & Sirevåg, J. (2001). *Spor i menneskeland*. Sandnes: Commentum forlag.
- Killén, K. (2007). *Barndommen varer i generasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget A/S.
- Killén, K. & Olofsson, M. (2009a). Rusmiddelproblemer og omsorg for barn. I Killén, K. & Olofsson, M. (red). *Det sårbare barnet*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Killén, K. & Olofsson, M. (2009b). Ulike tilnærminger til forebygging og behandling. I Killén, K. & Olofsson, M. (red). *Det sårbare barnet*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kirkevold, M. (2006). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kjellevold, A. (2010). Pårørendeinvolvering i helsetjenesten – rettsanvendelsesskjønn og faglig skjønn. I Hanssen, H. (red). *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Korhonen, T., Pietilä, A. M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Are the children of the clients visible or invisible for nurses in adult psychiatry – a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24; 65 -74. www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6713.2009.00686.x/full Printet 30.10.10.

- Kufås, E., Lund, K. & Myrvoll, L. R. (2001). *Hvordan sikre barneperspektivet når mor eller far er innlagt i en voksenpsykiatrisk akuttavdeling?* Blakstad sykehus/Redd Barna Norge.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvamme, E. (2004). Fagutvikling og forskning: Gir økt kompetanse anerkjennelse? *Sykepleien* 92 (05):42-45.
www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepelein/vis/utskriftvennlig?p_document Printet 15.01.11.
- Larsen, A. K. (2008). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maybery, D. & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 16. 784-791. www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x/abstract Printet 30.10.10.
- Melle, I. & Johansen, R. (2002). De usynlige barna – når mor eller far har schizofreni. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122: 2299-302.
- Mevik, K. & Trymbo, B. E. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mørch, W. & Fossum, S. (2003). Kjønnforskjeller ved atferdsforstyrrelser. I Befring, E. & Tangen, R. (red). *Sosiale og emosjonelle vansker hos barn – problemer, utfordringer og muligheter*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Nordby, K. Kjønsgberg, K. & Hummelvoll, J. K. (2007). *Samarbeid mellom ansatte og pårørende til personer med en nyoppdaget alvorlig psykisk lidelse*. Høgskolen i Hedmark Notat nr. 2.

- Norheim, A. (2006). Pleiekulturens betydning for en god profesjonell omsorg – et etisk perspektiv. I Barbosa da Silva, A. (red). (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjenesten og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nyseth, T. & Finstad, N. (2003). *Organisert fleksibilitet: Tette og løse koplinger i det interne opplæringsystemet*. www.idunn.no/ts/beta/2003/02/organisert s. 27-41 Printet 15.01.11.
- Nåden, D. & Braute, E. (1993). *Fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming – i sjukepleieforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- O’Connell, K. (2008). What Can We Learn? Adult Outcomes in Children of Seriously Mentally Ill Mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. Volume 21. Number 2. Page 89-104. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18429839 Printet 30.10.10.
- Rimehaug, T., Børstad, J. M, Helmersberg, I. & Wold, J. E. (2006). De “usynlige barna”. Oslo: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126:1493-4.
- Rønnestad, M. H. (2008). Profesjonell utvikling. I Molander, A. & Terum, L. I. (red). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Samarbeidsavtalen. (2008). Om samarbeidsprosjektet. *Vekst og utvikling for barn, unge og familier*. Utgitt sammen med forskningsorganisasjonen. Derfor anonymisert.
- Seim, S. Brukermedvirkning – et fremmedord for barn og ungdom i barnevernet. I Seim, S & Slettebø, T. (red). (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seim, S. & Slettebø, T. Brukermedvirkning i barnevernet. I Seim, S & Slettebø, T. (red). (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Siegbrit, A. (2007). Når foreldre blir innlagt med psykose – barnas behov. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* vol. 44, nr. 1, s. 28-31.
- Skotland, S. (2007). *De usynlige barna. Oppvekst i familier med rusproblemer*. Oslo: IOGTs Juniorforbund.
- Smeby, J. C. (2008). Profesjon og utdanning. I Molander, A. & Terum, L. I. (red). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Smeby, N. A. (2009). Hvordan har familien det når et familiemedlem har en alvorlig psykiatrisk lidelse? I Vråle, G. B. Karlsson, B. & Hummelvoll, J. K. (red). *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid*. Høgskolen i Hedmark. Rapport nr 14.

Solbakken, J. & Lauritzen, G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. Rapport nr 1. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Sommerseth, R. (2005). Observasjon av samspill – en metode for læring i profesjonsutdanninger. *Tidvise Skrifter nr. 55 Samfunn og helse*. Stavanger: Universitetet i Stavanger

Sommerseth, R. (2010). Et faglig rom for skjønn emosjoner, empatisk forståelse og refleksjonsposisjoner. I Hanssen, H. (red). *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sundfær, A. (2003). Når mamma gråter hele natten. *Foreldremagasinet OM 3*.
[www.vfb.no/xp/pub/venstre/gul/barn .../artikler_barn_i_risiko](http://www.vfb.no/xp/pub/venstre/gul/barn.../artikler_barn_i_risiko) Printet 15.01.11.

Sundfær, A. (2007). Sammen om å skjule skammen. I Skotland, S. *De usynlige barna. Oppvekst i familier med rusproblemer*. IOGTs Juniorforbund.

Svensson, L. G. (2008). Profesjon og organisasjon. I Molander, A. & Terum, L. I. (red). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thidemann, I. J. (2002). Vi bare tar oss av hverandre. *Sykepleien* 90(19):42-46.
www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig?p_dokumen Printet 15.01.11.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vik, K. (2001). Psykisk sykdom hos foreldre – hva med barna. *Tidsskrift Den norske legeforening* 121-3437.

Vik, K. (2002). Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre. *Sykepleien* 7:43-46.

Vik, L. J. (2008). Makt og myndiggjering – utfordringar for helse- og sosialarbeidarar. I Ekeland, T. J. & Heggen, K. (red). *Meistring og myndiggjering, reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Voksne for Barn. (2008). *Risikoutsatte barn – tall og fakta.*

[www.vfb.no/xp/pub/venstre/gul/barn i risiko/barn av psykisk syke/237856](http://www.vfb.no/xp/pub/venstre/gul/barn_i_risiko/barn_av_psykisk_syke/237856) Printet 30.10.10.

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation. *Informa healthcare*. Taylor & Francis AS.

www.nlm.nih.gov/pubmed/18728928 Printet 30.10.10.

LOVER, FORSKRIFTER OG OFFENTLIGE DOKUMENTER

Lov 17. juli 1992 nr.100 om barneverntjenester (barnevernloven). (1992). Barne – likestillings og inkluderingsdepartementet. www.lovdata.no/all/hl-19920717-100.html. Printet 15.01.11.

Lov 2. juli 1999 nr.61 om spesialisthelsetjenesteloven (spesialisthelsetjenesteloven). (1999). Helse- og omsorgsdepartementet www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html. Printet 15.01.11.

Lov av 2. juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). (1999). Helse- og omsorgsdepartementet. www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html. Printet 1.05.11.

Lov 2. juli 1999 nr.64 om helsepersonell (helsepersonelloven). (1999). Helse- og omsorgsdepartementet. www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html Printet 15.01.11.

Veileder IS-1512/2008. *Pårørende – en ressurs*. Oslo: Helsedirektoratet.

Veileder IS-5/2010. *Barn som pårørende*. Oslo: Helsedirektoratet.

NOU 1997:2 *Pasienten først!* Ledelse og organisering i sykehus. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Sosial – og helsedepartementet.

Ot.prp.nr. 84 (2008-2009). *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørende)*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.

St.prp.nr.63 (1997-1998). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. www.regjeringen.no/...psykisk_helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html? Printet 15.01.11.

Mitt navn er Brit Sissel D. Fagerjord. Jeg er psykiatrisk sykepleier og har jobbet på psykiatrisk divisjon i snart 20 år. Jeg arbeider nå ved akuttmottaket.

Da pilotprosjektet om barneansvarlig startet i 2008, ble jeg spurt om jeg kunne delta i opplæringen og påta meg oppgaven som barneansvarlig på avdeling– noe jeg gjorde med glede. Jeg har fortsatt denne funksjonen, og opplever ansvaret både lærerik og interessant.

For tiden er jeg i tillegg masterstudent i brukermedvirkning ved Universitet i Stavanger, Institutt for helsefag. Jeg har planlagt å skrive masteroppgaven min om barneansvarlige som gjennomgikk pilotprosjektet, og deres opplevelse av mestring. Jeg ønsker å intervju 5 -8 barneansvarlige som er ansatt på psykiatrisk divisjon og som deltok i opplæringsprogrammet, og få innblikk i deres erfaringer og opplevelser i det arbeidet de gjør med å snakke med barna til psykiatriske pasienter. For å ha mulighet til det, ønsker jeg Deres samtykke til å foreta studien.

Med vennlig hilsen Brit Sissel D. Fagerjord

Forespørsel om deltakelse i en studie knyttet til hvordan barneansvarlig som har gjennomgått opplæringsprogrammet opplever mestring i arbeidet de gjør overfor barna.

Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og har lang erfaring innen psykisk helsearbeid. Jeg holder på med en mastergrad i helse – og sosialfag med fokus på brukermedvirkning ved institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger. I siste del av masterstudiet er det lagt opp til at jeg skal skrive en masteroppgave basert på en studie hvor vi skal foreta en undersøkelse. Jeg har i denne forbindelse fattet stor interesse for barneansvarliges opplæringsprogram ved sykehuset, og ønsker å foreta en kvalitativ undersøkelse på om de som har gjennomgått pilotprosjektet opplever mestring når de samtaler med barn. Jeg håper du kan være villig til å svare på noen spørsmål.

I studien ønsker jeg blant annet å få kunnskap om:

- Hvilke utfordringer gir samtaler med barn og foreldre?
- Hvordan fokuseres det på barneansvarliges funksjoner i avdelingen?
- Hvordan opplever du arbeidet?
- Hva opplevde du ga størst utbytte gjennom kompetanseopplæringen?
- Hvilke historier har gjort inntrykk på deg?
- På hvilken måte har du erfart personlig vekst?

Gjennom kvalitative intervju søker jeg etter dine opplevelser og erfaringer med å samtale med barn av psykisk syke og /eller rusavhengige foreldre. Det er utarbeidet en intervjuguide. Intervjuet tar omtrent 1 time, og kan foregå på ditt arbeidssted om du ønsker det. Ellers har jeg mulighet for å låne et kontor på mitt arbeidssted om det passer bedre for deg. All informasjon blir anonymisert og kan ikke tilbakeføres deg. Informasjonen du gir, vil bli oppbevart i et låsbart skap og makulert når studien er ferdig.

Sammen med dette brevet mottar du en samtykkeerklæring. Dersom du ønsker å være med i studien, ber jeg om at du leser gjennom og undertegner nevnte erklæring, og returnerer den til meg. Dersom du har spørsmål kan jeg kontaktes på følgende e-post adresse; brit.sissel@hotmail.com og telefonnummer; 94840191

Jeg gir hermed mitt samtykke till å delta i intervju i forbindelse med studien om hvilken betydning barneansvarliges opplæringsprogram ved psykiatrisk klinikk har hatt for opplevelsen av mestring. Studien planlegges å starte i høst, og bli ferdig våren 2011.

Jeg samtykker i at studien kan tas opp på bånd og at båndet oppbevares til studien er avsluttet våren 2011, for deretter å bli makulert. Mitt navn eller opplysninger som ville kunne føre tilbake til meg som enkeltperson skal verken innhentes, nedtegnes eller benyttes på noe tidspunkt i studien. Som frivillig i studien kan jeg trekke meg på hvilket som helst tidspunkt, uten å oppgi grunner og uten at det får negative konsekvenser.

Sted. Dato.....

Underskrift.....

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Rita Sommerseth
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 19.11.2010

Vår ref:25350 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

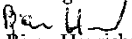
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.10.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25350	<i>Hvilken betydning har barneansvarlig opplæringsprogrammet ved en psykiatrisk klinikk hatt for opplevelsen av mestring?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens overste leder</i>
Daylig ansvarlig	<i>Rita Sommerseth</i>
Student	<i>Brit Sissel Fagerjord</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Brit Sissel Fagerjord, Kvernelandsveien 98C, 4323 SANDNES

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25350

Det vises til meldeskjema og telefonsamtale med prosjektleder 19.11.2010.

Basert på de opplysninger vi har mottatt om gjennomføringen av prosjektet, kan ombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det tas høyde for at det kan fremkomme personidentifiserende opplysninger i forbindelse med intervju, men så lenge lydopptakene ikke lagres eller overføres til PC, vil denne behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten. Lydopptakene oppbevares nedlåst og slettes ved prosjektslutt.

Ombudet forutsetter at det ikke fremkommer identifiserbare opplysninger om klienter da dette vil være i strid med taushetsplikten, og anbefaler prosjektleder å instruere informantene om dette ifm intervjuet.

Ombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til PC, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Ombudet anbefaler at førsteganskontakten formidles av noen som har naturlig tilgang til personopplysninger om utvalget (feks. klinikken).

Innledning:

Her er målet å etablere kontakt og tillit, slik at samtalen skal komme ordentlig i gang. Først vil jeg presentere meg selv som forsker, hva som er hensikten med studien, og at jeg bruker diktafon for at ikke informasjon skal gå tapt. Jeg vil informere om at anonymitet garanteres, og at de har mulighet til å avbryte intervjuet når som helst. Før vi begynner intervjuet vil jeg spørre om de har noen spørsmål.

Jeg ønsker å begynne intervjuet med personalia, fordi det er enklest å svare på. Underveis vil jeg ha mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål om jeg ser det er nødvendig, for eksempel "betyr det at ...?" "hva vil det si...?"

Personalia: som 1) stilling, 2) kjønn, 3) alder, 4) antall år ved sykehuset

Hvilke utfordringer gir samtaler med barn og foreldre

1. Du har valgt å jobbe med barn. Er arbeidet slik du forestilte deg at det skulle bli, evt. hvorfor ikke?
2. Har du samtaler alene med barn? Hvor ofte er foreldrene med? Er det avhengig av barnets alder?
3. Når synes du det er mest naturlig å samtale med barn alene?
4. Har du kontaktet andre instanser utenfor sykehuset for best mulig å ivareta barnet? – hvilke? Og hvordan gjorde du det? Hvordan opplever du samarbeidet?
5. Har du opplevd at foreldre ikke vil du skal snakke med barna? og i tilfelle, hva gjør du da?
6. Hvordan opplever du det er å samtale med foreldre om deres foreldrefungering?

Hvordan fokuseres det på barneansvarliges funksjon i avdelingen?

1. Hvordan opplever du fokus på barneansvarlige er i avdelingen?
2. Får du støtte fra ledelsen i dette arbeidet, f. eksempel å dra på kurs, få avsatt tid til å informere andre?
3. Hvordan stiller avdelingsledelsen seg når du fokuserer på barna til de syke?
4. På hvilken måte gir du veiledning og undervisning til andre ansatte?
5. Opplever du at avdelingen er tilrettelagt for at du kan ha samtaler med barna?
6. Er det noe du ønsket skulle vært annerledes?

Hvordan opplever du arbeidet?

1. Opplever du et spesielt engasjement i barna – eventuelt hvorfor /hvorfor ikke?
2. Hvordan mestrer du dette arbeidet? I tilfelle ikke, hvorfor ikke?
3. Hva gjør at du trives/ ikke trives med denne "ekstraoppgaven"?
4. Opplever du at barneansvarlig opplæringen har ført til at fokus på barna har økt?

Hva opplevde du størst utbytte av gjennom opplæringsprogrammet?

1. Hva fikk deg til å bli barneansvarlig?
2. Har du gjennomgått barneansvarlig opplæring?
3. Er det noe spesielt du husker fra opplæringsprogrammet?
4. Er det noe du savnet – som du ville lært mer om?

Hvilke historier har gjort inntrykk?

1. Har du hatt samtaler med barn, eventuelt hvor ofte? Er det noen situasjoner som har gjort inntrykk på deg?
2. Dokumenterer du noe fra samtale med barna, og i tilfelle hvor?

På hvilken måte har du erfart personlig vekst?

1. Er det noe du ønsket, hadde vært annerledes?
2. Hvordan vil du beskrive den kompetansen du fikk gjennom opplæringsprogrammet?

Avslutning:

Her er målet å avslutte på en god måte. Jeg ønsker å sette av tid til å oppklare uklarheter eller misforståelser. I tillegg vil jeg spørre om de har noen spørsmål, eller er tema jeg ikke har vært innom som de har lyst til å fortelle om. Til slutt vil jeg takke for at de deltok.

Kartleggingsskjema for barn av psykisk syke foreldre (vedlegg 6)

1. Antall barn i hjemmet (navn/alder/dagaktivitet)
2. Er barnehage/skole/evt. helsestasjon orientert om situasjonen nå?
3. Barn som ikke bor hjemme? (evt. kontaktform)
4. Hvor bor barna mens du er innlagt her? Hvem tar seg av dem?
5. Vet barna at du har psykiske problemer og/eller rusproblemer? Vi ønsker å informere om psykiske lidelser og /eller rusproblemer fordi vi vet at barn har behov for informasjon.
6. Er du bekymret for barnas situasjon nå? Hvilken hjelp ville du ønske for barna dine?
7. Hvordan synes du dine psykiske problemer/rusproblemer virker inn på barna?
8. Hvordan ivaretas kontakten med barna mens du er her? (telefon, besøk i avdelingen, annet)
9. Har du eller andre i familien kontakt med andre hjelpeinstanser (poliklinikk, barne- og ungdomspsykiatri, kommunens barneverntjeneste og /eller andre helse- og sosialtjenester?)
10. Finnes det andre personer i nettverket som barnet har god kontakt med?

Dato:

Fagperson/rolle:

Post: